VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **Komisji Polityki Senioralnej (nr 8)**
- **Komisji Zdrowia (nr 9)**

z dnia 9 marca 2016 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 8)

Komisji Zdrowia (nr 9)

9 marca 2016 r.

Komisje: Polityki Senioralnej oraz Zdrowia, obradujące pod przewodnictwem posła **Bartosza Arłukowicza (PO)**, przewodniczącego Komisji Zdrowia, przeprowadziły:

– pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 261).

W posiedzeniu udział wzięli: **Konstanty Radziwiłł** minister zdrowia oraz Krzysztof Łanda podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikami, **Dobrawa Biadun** oraz **Katarzyna Dubno** eksperci Konfederacji Lewiatan, **Jakub Darkowski** starszy specjalista w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Maria Gostyńska** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Jadwiga Karczewska** naczelnik wydziału w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Krzysztof Kopeć** dyrektor do spraw prawnych Polskiego Związku Pracowników Przemysłu Farmaceutycznego, **Justyna Kruger** przedstawicielka Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, **Katarzyna Latuszek-Pasternak** oraz **Karolina Wondołowska** specjalistki w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Marcin Maksymiuk** ekspert Związku Powiatów Polskich, **Marek Malinowski** prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Farmaceutów „PERSPEKTYWA 2030", **Maciej Miłkowski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Elżbieta Piotrowska-Rutkowska** prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, **Marcin Piskorski** prezes Związku Pracodawców Aptecznych Pharma NET, **Katarzyna Połujan** szef do spraw strategii Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" wraz ze współpracownikiem, **Paulina Skowrońska** dyrektor Biura Polskiej Izby Przemysłu Farmaceutycznego i Wyrobów Medycznych POLFARMED, **Wioletta Witkowska** prawnik w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej, **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie".

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka**, **Elżbieta Przybylska**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatów Komisji w Biurze Komisji Sejmowych; **Bogdan Cichy** oraz **Robert Durlik** – legislatorzy z Biura Legislacyjnego.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Rozpoczynamy posiedzenie Komisji. Witam panie i panów posłów. Witam ministra zdrowia i zaproszonych gości. Proszę o zajmowanie miejsc i proszę o ciszę… Bardzo proszę o zajmowanie miejsc.

Otwieram wspólne posiedzenie Komisji Zdrowia oraz Komisji Polityki Senioralnej. Stwierdzam kworum. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, druk nr 261. Bardzo proszę o ciszę na sali. Projekt uzasadnia minister zdrowia.

Czy są uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam przyjęcie porządku obrad. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Marszałek Sejmu w dniu 24 lutego 2016 r. skierował rządowy projekt ustawy z druku nr 261 do Komisji Zdrowia oraz Komisji Polityki Senioralnej do pierwszego czytania. Przystępujemy do pierwszego czytania projektu ustawy z druku nr 261. Informuję, że do prezentowania stanowiska rządu w tej sprawie, w toku prac parlamentarnych, upoważniony został Minister Zdrowia. Bardzo proszę, panie ministrze. Oddaję panu głos.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dzień dobry. Panie przewodniczący, pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie i wszyscy obecni, mam zaszczyt przedstawić państwu projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, do którego dołączony jest projekt rozporządzenia wykonawczego, zgodnie z zasadami przyzwoitej legislacji. Projekt nazywany powszechnie 75+.

Wprowadzenie bezpłatnych leków dla świadczeniobiorców, czyli pacjentów, którzy ukończyli 75 rok życia, jest działaniem zapowiedzianym przez panią premier Beatę Szydło w expose do realizacji w ciągu pierwszych stu dni działania rządu. Projekt ten w takim czasie trafił do Sejmu.

Potrzeba docenienia grupy społecznej osób starszych jest jednym z priorytetów działań Ministra Zdrowia w ramach realizacji polityki lekowej państwa, a także szeroko rozumianej polityki senioralnej, a w ramach tej polityki lekowej ma na celu przede wszystkim zagwarantowanie obywatelom należytego dostępu do leków skutecznych, bezpiecznych, przy jednoczesnym zmniejszeniu udziału pacjentów w kosztach leczenia, na razie ograniczonej grupy pacjentów w wieku podeszłym. Dlaczego wybieramy tych pacjentów? Ze względów konstytucyjnych. Art. 68 ust. 3 konstytucji nakłada na władze publiczne szczególny obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej osobom, między innymi, w wieku podeszłym. Dlatego tę grupę wybieramy…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, przepraszam na chwilę. Bardzo proszę o ciszę na sali. Bardzo proszę, panie ministrze.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Bardzo mocno podkreślam, że projekt ten nie przewiduje dodatkowych kryteriów przyznania uprawnienia do bezpłatnych leków po stronie pacjentów, tylko wiek. Mając na uwadze przedstawione powyżej założenie, w projekcie ustawy podjęto się zwalczania zjawiska braku faktycznego dostępu starszych osób do leczenia ze względów ekonomicznych. To zjawisko jest różnie szacowane, ale nawet najskromniej licząc mówi się o 17-procentach osób odchodzących z aptek z kwitkiem.

Osoby starsze, z powodu chorób towarzyszących zaawansowanemu wiekowi, często wielu chorób współistniejących, zmuszone są wydawać na leki znaczną część swojego dochodu, a nierzadko muszą rezygnować z leczenia ze względów finansowych. Przewidziane w projekcie ustawy uprawnienie pacjentów, którzy ukończyli 75 rok życia, zwiększy dostęp do produktów refundowanych. Projekt zakłada przyznanie pacjentom po ukończeniu 75 roku życia uprawnienia do bezpłatnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, które będą wymienione w wykazie ogłaszanym przez Ministra Zdrowia w drodze obwieszczenia. Wykazem tym będą objęte leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne, w stosunku do których wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie tak zwanej ustawy refundacyjnej.

Projekt ustawy, który mamy przed sobą, określa kryteria, jakimi Minister Zdrowia będzie się kierował przy kwalifikacji tych produktów do wykazu, mając na uwadze potrzeby zdrowotne osób w wieku podeszłym, dostępność oraz bezpieczeństwo stosowania leków, środków spożywczych i wyrobów medycznych, a także skutki dla budżetu państwa oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Produkty te będą finansowane z budżetu państwa w części stanowiącej odpłatność pacjenta, obejmującą kwotę do wysokości limitu finansowania oraz dopłatę wysokości różnicy między ceną detaliczną danego produktu a wysokością limitu finansowania. Zakres tego uprawnienia nie narusza obowiązków Funduszu do finansowania w ramach limitu finansowania ze środków publicznych oraz szczególnych uprawnień pacjentów. Sposób i tryb finansowania z budżetu państwa róż-

nicy między limitem a ceną detaliczną zostaną uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Finansowanie dodatkowego uprawnienia, jakie niektórzy pacjenci posiadają, odbywać się będzie w następujący sposób. W pierwszej kolejności będzie się odbywać finansowanie przez Fundusz, w ramach limitu finansowania ze środków publicznych, a następnie będą dokonywane dofinansowania ze środków budżetu w części pozostającej w dyspozycji Ministra Zdrowia. Powyższe potwierdza, że z perspektywy pacjentów, którzy ukończyli 75 rok życia, zaopatrzenie w leki, środki spożywcze i wyroby medyczne będzie rzeczywiście bezpłatne.

Podstawą do otrzymania produktów bezpłatnych będzie recepta wystawiona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub też lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę „pro auctore" albo „pro familiae", czyli dla siebie albo dla najbliższych. Uprawnienie świadczeniobiorcy po ukończeniu 75 roku życia do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze oraz wyroby medyczne będzie realizowane wyłącznie na podstawie kryterium wieku. Można powiedzieć, że to w zasadzie jest główna część projektu, który przedkładam państwu.

W projekcie realizujemy także inne zadanie czy rozwiązanie, które zmierza do tego, aby osoby realizujące receptę w aptece… Po prostu, wprowadza się rozwiązanie zwiększające swobodę pacjenta w doborze leków, środków spożywczych i wyrobów medycznych innych niż przepisane na recepcie, jednakże niepowodujących powstania różnic terapeutycznych, przez możliwość wydania pacjentowi nie tylko – jak dotychczas – produktu o ocenie detalicznej niższej niż przepisana na recepcie. Będzie to możliwe wyłącznie na wyraźne żądanie pacjenta, po uprzednim poinformowaniu go o dostępności odpowiedników o niższej odpłatności pacjenta. Dotychczas – jak wiadomo – w aptece można zrealizować tylko zamiennik tańszy, a tu chodzi o to, żeby w przypadku pacjenta, który chce dostać odpowiednik, który jest droższy, też można było to zrealizować. Ponadto, proponuje się dodanie do ustawy refundacyjnej artykułu, zgodnie z którym, w przypadku recepty wystawionej dla pacjenta, który ukończył 75 rok życia, przez lekarza lub pielęgniarkę POZ albo lekarza wystawiającego receptę dla najbliższych lub siebie, oprócz obowiązków wynikających z ustawy, aptekarz będzie mieć obowiązek poinformować o możliwości nabycia leku innego niż przepisany na recepcie o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, objętego wykazem. Jednocześnie uregulowano kwestię obowiązku wydania leku, środka spożywczego oraz wyrobu medycznego na żądanie pacjenta.

Trzecia rzecz, która jest uregulowana w projekcie, dotyczy sytuacji zbiegu szczególnych uprawnień pacjentów, którzy mają różnego rodzaju uprawnienia do zniżek. Osoba, która wydaje lek w aptece, będzie zobowiązana do wydania leku lub środka spożywczego z najniższą wysokością dopłaty, oczywiście, jeżeli nie zachodzi sytuacja, o której mówiłem wcześniej, czyli żądania pacjenta, aby wydać lek droższy. Przewiduje się, że projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wejdzie w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

Podsumowując, projektowana ustawa wychodzi naprzeciw oczekiwaniom środowiska osób starszych, w których gospodarstwach domowych kwota wydawana na leki stanowi znaczącą pozycję. Osoby chore w podeszłym wieku uzyskają dostęp do leków ważnych z punktu widzenia ich zdrowia. Wiele z tych osób nie mogło sobie dotychczas pozwolić na leczenie i rezygnowało z realizacji recept i zaleconych przyjmowania leków, a więc nie podejmowało albo przerywało leczenie zalecone przez lekarzy z przyczyn ekonomicznych.

Projektowana ustawa, z punktu widzenia kosztów jej funkcjonowania, w obecnym roku będzie skutkować maksymalnym kosztem w wysokości 125 mln zł, ponieważ przewiduje się, że pierwsze obwieszczenie dedykowane pacjentom po ukończeniu 75 roku życia ukonstytuuje się nie wcześniej niż w trzecim kwartale 2016 r. Ta kwota w całości odciąży budżety domowe chorych osób w podeszłym wieku, prowadząc do lepszej zgodności z przepisanym leczeniem, tak zwanym compliance. Dzięki temu poprawie ulegnie

jakość opieki zdrowotnej nad osobami w podeszłym wieku. Zakłada się jednocześnie stopniowy wzrost kwoty refundacji wykazu, wraz z przyrostem liczby osób powyżej 75 roku życia, a także potencjalnym wydłużaniem wykazu leków, środków spożywczych i wyrobów medycznych. Zakłada się stopniowy wzrost kwoty refundacji o około 15% rocznie w ciągu pierwszych sześciu-siedmiu lat, a następnie 6% w ciągu ósmego, dziewiątego i dziesiątego roku obowiązywania ustawy. Jednocześnie w regule wydatkowej przewidziano mechanizm bieżącego monitorowania wydatków budżetu państwa wynikających z przewidzianych przepisów.

Dodatkowo proponuje się ustalenie progów wydatkowych co 3 miesiące. Poziom wydatków w danym roku będzie więc podlegać kwartalnej kontroli. W przypadku przekroczenia po pierwszym kwartale poziomu 25-porocentowego limitu rocznego w części dotyczącej bezpłatnego zaopatrzenia pacjentów w wieku podeszłym, wykaz zostanie odpowiednio skorygowany, co pozwoli na wywiązanie się z zaplanowanych limitów, określonych w regule wydatkowej. Analogicznie będzie przebiegać sytuacja w kolejnych kwartałach.

Państwo przewodniczący, szanowni państwo, jednocześnie – kończąc to wystąpienie – chciałbym zauważyć, że projekt, który przedkładam, realizuje nie tylko zapowiadane zmiany, ale również jest niesłychanie ciepło przyjmowany w społeczeństwie. Wydaje się, że dobrym sprawdzianem tego, że regulacja ta jest pożądana – chyba najbardziej pożądana ze wszystkich reform proponowanych przez rząd – w ostatnim badaniu Centrum Badania Opinii Społecznej aż 94% obywateli polskich jest zadania, że regulacja ta jest pożądana i powinna być wprowadzona. Bardzo więc proszę o…

A jeszcze, zanim poproszę o przyjęcie projektu, chciałem oczywiście powiedzieć, że projekt został skonsultowany zgodnie z przepisami, a także ma opinię Ministra Spraw Zagranicznych o zgodności z prawem Unii Europejskiej. Tu też żadnych problemów nie ma. Szanowni państwo, bardzo proszę o przyjęcie projektu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Przypominam, że pierwsze czytanie obejmuje debatę w sprawie zasad ogólnych projektu ustawy, a następnie zdawanie pytań przez posłów i odpowiedzi przedstawicieli wnioskodawcy. Otwieram debatę. Proszę panie i panów posłów o zgłaszanie chęci zadania pytań. Bardzo proszę, pani poseł Chybicka.

Poseł Alicja Chybicka (PO):

Panie ministrze, panie przewodniczący, szanowni państwo, ja chciałabym zapytać…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, przeproszę na sekundę, bo zapomniałem udzielić jeszcze jednej informacji. Przed posiedzeniem Komisji odbyło się wspólne posiedzenie obu prezydiów – Komisji Polityki Senioralnej i Komisji Zdrowia. Podjęliśmy decyzję, którą chcemy państwu zarekomendować, a mianowicie o powołaniu podkomisji w celu rozpatrzenia projektu ustawy, ale o tym będziemy mówić po zakończeniu debaty ogólnej.

Bardzo przepraszam, pani poseł. Oddaję głos.

Poseł Alicja Chybicka (PO):

Ten krok, jaki czyni ta ustawa, jest jak najbardziej w dobrym kierunku, natomiast moje pytanie dotyczy tego, w jakim odsetku ta ustawa zabezpieczy potrzeby tych osób powyżej 75 roku życia, bo większość ludzi w tym wieku na leki wydaje 200-300 zł w ciągu miesiąca. Czy ta regulacja, i w jakim odsetku, te potrzeby zwiększy? Oczywiście, każdy grosz tym ludziom na pewno się przyda, tylko, czy to będzie znaczące w ich budżecie, który muszą przeznaczyć na leczenie i czy to rzeczywiście spowoduje, że ludzie, których teraz nie stać na część leków, będą mieli te leki dostępne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, pan poseł Miller.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie ministrze, mówimy o ustawie, która będzie dotyczyć refundacji leków dla osób starszych. Przedstawił pan założenia tej ustawy dotyczące możliwości wydawania zamienni-

ków. Jest pytanie, w związku z tym, czy to nie będzie ustawa, która jest niezgodna z konstytucją, ponieważ, jeżeli wprowadzamy możliwość wydawania zamienników w aptekach dla pacjentów powyżej 75 roku życia – bo tak rozumiem – a nie wprowadzamy zmian w ustawie refundacyjnej, czyli, nie będzie to dotyczyć pozostałych pacjentów, to nie jest to kwestia refundacji finansowej, tylko dostępności leku.

Czy mamy rozumieć, w związku z tym, że w przypadku osób 75+ nie będzie obowiązywać dotychczasowa zasada wydawania leku zgodnie z tym, co wypisał lekarz i wskazań terapeutycznych na ulotkach? Przecież dotąd tak było, że w aptece nie można było wydać leku innego, dlatego, że aptekarz nie znał rozpoznania, jakie stawiał lekarz, natomiast leki zawierały różne wskazania i przeciwwskazania. Chociażby prosty antybiotyk, jakim jest augmentin, który miał zapisane wskazania, na przykład, w trzech jednostkach chorobowych. Substancja chemiczna działała w sześciu czy siedmiu, ale producent pisał wskazania tylko dla trzech jednostek chorobowych, w związku z czym, ten lek można było wydać, na przykład, w zapaleniu ucha środkowego, ale nie można go było wydać, na przykład, w zapaleniu oskrzeli, bo tak mówiła ustawa refundacyjna. Czy, w związku z tym, przewidują państwo odejście od tej zasady? Jeżeli tak, to rozumiem – bo to jest dobry krok, i to ułatwi… Ponieważ w aptekach często nie ma danego leku, jaki wypisuje lekarz, w związku z tym logiczne byłoby wydawanie leków – jak to państwo zakładają – według nazwy międzynarodowej. Czy, w takim razie, dwa różne zapisy w dwóch różnych ustawach nie będą sprzeczne z zasadami konstytucji, bo będą ograniczać dostępność do leków grupie pozostałych pacjentów, czyli poniżej 75 roku życia?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, to jest oczywiście bardzo potrzebna ustawa, bo łatwiej dostarczyć leki osobom w wieku podeszłym niż potem leczyć je w bardzo zaawansowanym stanie choroby. Mówiąc krótko, jest to racjonalne także z ekonomicznego i humanitarnego punktu widzenia.

Natomiast zastanawia mnie jedna rzecz. To jest dopuszczenie do wydawania leków pielęgniarek. Rozumiem, że chodzi tylko o to, że pielęgniarka będzie powtarzać te leki, które wcześniej lekarz zaordynował, czy też sama będzie ordynować różne leki.

I druga sprawa, to jest bardzo znaczne rozszerzenie tej kategorii osób, dla których może wystawiać recepty lekarz, którzy zaprzestał wykonywania zawodu. Rozumiem – dla siebie, dla małżonka, ale potem jest jeszcze długa lista rodzeństwa i wstępnych w linii prostej.

Oczywiście, mam nadzieję, że będzie wreszcie system informatyczny i te leki będą rejestrowane, tak jak w Niemczech. Tam wiadomo, kto wystawił receptę na te leki. Widomo, do kogo one trafiły i ile tych leków trafiło do kogo. Tak powinno być. Tymczasem w naszych warunkach nie ma takiej rejestracji, do kogo te leki dostały się, kto je nabył, na czyjej karcie zostały one zapisane. To może bardzo poważnie utrudnić kontrolę. Ja nie chcę przez to powiedzieć, że uważam, iż trzeba w ustawie zapisywać od razu takie rozwiązania, które…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, na sekundę przeproszę…

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Już kończę…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę o ciszę na sali. Jeżeli państwo zamierzają prowadzić dyskusje kuluarowe, to – jak sama nazwa wskazuje – służą do tego kuluary. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

To właśnie chciałam jeszcze dodać po przecinku. Ja nie uważam, że ustawy trzeba tworzyć tak, żeby od razu dostosować się do istniejących patologii, o których wiemy, tylko cała rzecz polega na tym, że nie powinny one zawierać rozwiązań, które mogą – nie

twierdzę, że będą – prowadzić do pewnych nadużyć. Dlatego ten system musi być pod każdym względem szczelny. Jest to system niezwykle potrzebny i w efekcie, w ostateczności, przyniesie bardo duże oszczędności, ponieważ będziemy leczyć ludzi, którzy są w pierwszym stadium lub mniej zaawansowanym stadium choroby, dzięki temu, że będą mieć dostęp do leków. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję i proszę o zabranie głosu przez ministra zdrowia. Będziemy udzielać odpowiedzi w systemie co trzy pytania, bo potem to się rozbiega i słyszę uwagi pań i panów posłów, że nie uzyskali odpowiedzi na swoje pytanie. Bardzo proszę, panie ministrze.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, panie przewodniczący. Pani poseł Chybicka pyta o to, jaka część wydatków na leki będzie pokryta poprzez ustawę. Myślę, że w tle tego pytania daje się odczuć to, co odczuwamy wszyscy, to znaczy, że ta ustawa nie jest wystarczająca do tego, żeby pokryć wszystkie potrzeby w tym zakresie. Odnośnie do tego nie ma żadnej wątpliwości, że chciałoby się więcej, ale jest to pierwszy krok, i tak to traktujemy. Zaczynamy od ludzi w wieku podeszłym, bo nie jest to grupa dobrana arbitralnie, tylko zobowiązuje nas do tego konstytucja, a oprócz tego jest rzeczą zupełnie oczywistą, że wśród osób w tym wieku wydatki na leki stanowią znaczącą część wydatków życiowych.

Na to pytanie, oczywiście, nie ma odpowiedzi jednoznacznej, ponieważ można zadać pytanie, o jakie wydatki w stosunku do tej pomocy chodzi. Gdybyśmy wzięli pod uwagę leki najbardziej podstawowe, które zaliczono do leków nie tylko dostępnych na rynku, zarejestrowanych, ale przede wszystkim tych, które Minister Zdrowia w przeszłości i obecnie zalicza do listy szczególnie rekomendowanych, czyli listy leków refundowanych – bo to są te leki o charakterze podstawowym w leczeniu – to wydatki na te leki rocznie w tej grupie pacjentów kształtują się w granicach między 800 a 900 mln zł.

Zwracam uwagę na to, że wydatki roczne na tę pomoc, o której mówimy, wyniosą 540 mln zł w pierwszym roku i będą rosnąć w następnych latach. Widać z tego, że jest to ulga bardzo istotna, zwłaszcza że wydaje się, iż istnieje szansa – nie ma gwarancji, ale jest szansa – że tak będziemy kształtować tę listę leków, żeby również w pewnym sensie kształtować popyt właśnie na te, a nie inne leki.

Ten popyt, wbrew pozorom, istnieje. To znaczy, pacjenci – o czym wiem i mogę państwa zapewnić jako do niedawna praktykujący lekarz rodzinny – często pytają o tańszy odpowiednik, o tańszy lek. Jeśli będą leki, które będą mogli otrzymać bezpłatnie, to z całą pewnością ich uwaga skoncentruje się na tej liście, na tym wykazie. Miejmy nadzieję, że lekarze, a także pielęgniarki, które będą wystawiać te recepty, będą brać pod uwagę te oczekiwania. Oczywiście, to nie są wszystkie wydatki na leki tych osób, ale – jeszcze raz mówię – my koncentrujemy się przede wszystkim na tych lekach, które mają znaczenie podstawowe w leczeniu – podstawowe i uzupełniające, mówiąc językiem ustawy refundacyjnej.

Pan poseł Miller pyta o kwestię zamienników. Zwracam uwagę na to, że w tym zakresie nic nie zmienia się w stosunku do ustawy refundacyjnej, to znaczy, odnośnie do zasady, co wolno zamieniać. Mówimy tylko o tym, że dotychczas aptekarz mógł zamienić lek zgodnie z charakterem terapeutycznym leku i jego przynależnością do określonej grupy substancji chemicznej itd. – tutaj nic nie zmieniamy – ale na lek tańszy, a teraz będzie mógł zamienić na lek droższy, jeśli pacjent tego zażąda.

Może ktoś zapytać, co to za dziwna sytuacja, że pacjent żąda droższego leku. Zapewniam państwa, że taka sytuacja się zdarza, i to wcale nierzadko. Pacjenci są przyzwyczajeni do leku, jaki brali w przeszłości, i często nie chcą tego leku zmieniać. Jeśli stać ich na to, to z jednej strony, powinni być poinformowani, że przysługuje im tańszy odpowiednik – i o tym jest zapis w ustawie – ale, jeśli żądają leku droższego, to powinni móc go dostać. Oczywiście, za dopłatą.

A jeśli chodzi o problem, o którym pan poseł wspominał, Charakterystyki Produktu Leczniczego jako przedmiotu kwalifikowania zniżki, a nie prawa do… To nie ma nic wspólnego z zamianą leków w aptece, tylko z prawem do zniżki na lek. I ten przykład… Pan poseł użył przykładu nazwy handlowej, a ja wolałbym mówić o nazwie rodzajowej

tego leku, międzynarodowej. Chodzi o amoxiclav, a dokładnie o amoksycyklinę z kwasem klawulonowym. Otóż, tutaj sytuacja na dzisiaj także się nie zmienia, ale chcę powiedzieć, że przez pana wypowiedź jako lekarza – i ja to doskonale rozumiem – przebija krytyka tego rozwiązania, z jakim mamy do czynienia w tej chwili, że Charakterystyka Produktu Leczniczego, a nie aktualna wiedza medyczna, jest podstawą refundacji. Chciałbym zwrócić uwagę na to, że w tej chwili w Sejmie mamy obywatelski projekt ustawy, do którego minister zdrowia i rząd mają jak najbardziej pozytywne stanowisko właśnie w tym zakresie. To znaczy, popieramy odejście… Mam nadzieję, że w tej chwili jest to w państwa rękach, nie rządu, że prace będą postępować i odejdziemy od tej zasady, która – potwierdzam to – jest szkodliwa dla pacjentów, że Charakterystyka Produktu Leczniczego w ustawie refundacyjnej – prawdopodobnie przy głosie pana posła Millera – została przez naszych poprzedników uznana za podstawę do refundacji.

I wreszcie – pani poseł Hrynkiewicz pyta – dlaczego dopuszczamy pielęgniarki. Po pierwsze, trzeba powiedzieć, że na dzisiaj jest to grupa bardzo ograniczona. Jest kilkadziesiąt osób, które mają uprawnienia. Myślę, że to jest kwestia pewnego potencjału. Oczywiście, pielęgniarki będą mogły wystawiać recepty zgodnie z przepisami, których nie zmieniamy. Zwracam jednak uwagę na to, że świat się zmienia, a ponieważ prawo obowiązujące dzisiaj w Polsce przyznaje prawo do wystawiania recept również pielęgniarkom, które spełniają określone warunki, to wydaje się, że jeśliby takie osoby funkcjonowały właśnie w podstawowej opiece zdrowotnej, to ta grupa powinna być także do dyspozycji pacjentów w tym zakresie, zapisanych do danych świadczeniodawców. W związku z tym, te osoby powinny móc wystawiać recepty na tej samej zasadzie co lekarze POZ, ponieważ te osoby – w każdym razie, jest to jakiś potencjał na przyszłość – będą w jakimś sensie zastępować lekarza w niektórych sytuacjach, wtedy, kiedy nie dzieje się z pacjentem nie poważnego, co wymagałoby, na przykład, zmiany leku albo innych badań.

Jeżeli chodzi o recepty wystawiane w trybie „pro auctore" i „pro familiae", to można powiedzieć – bo tu chodzi głównie o lekarzy emerytów i rencistów – że do pewnego stopnia ci lekarze są dla siebie, a także dla swoich najbliższych, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Ta lista nie jest szczególnie długa, bo tutaj chodzi po prostu o dzieci, wnuki, ewentualnie rodziców. Wydaje się, że nadmierne komplikowanie tym osobom, które tradycyjnie te leki przepisują dla siebie i najbliższych, nie zagraża niczym.

Zwracam uwagę na to, że te osoby, zgodnie z przepisami, muszą prowadzić dokumentację medyczną, wprawdzie uproszczoną, ale jednak. Czyli, w razie kontroli można sprawdzić, czy ilość przepisanych leków nie jest nadmierna. A wśród różnych rzeczy – ubolewam nad tym, że z informatyką nie jest jeszcze najlepiej w polskiej służbie zdrowia – akurat kwestia recept jest pod najlepszą kontrolą. Wydaje się więc, że gdyby gdzieś powstawały jakieś „kominy" w zakresie wystawiania recept przez jednego lekarza, to bardzo łatwo będzie można to zidentyfikować i takiego lekarza poprosić o dokumentację, i jeśli będzie z niej wynikać, że wystawia tych recept nadmierną ilość, wyciągnąć oczywiście odpowiednie sankcje.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze…

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Jeśli można, to jeszcze pan minister Łanda by uzupełnił…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Panie przewodniczący, pani przewodnicząca, szanowni państwo, pokrótce tylko trzy uwagi. Po pierwsze, pielęgniarka POZ również będzie przepisywać leki, czy wypisywać recepty na leki z wykazu „S" dla pacjentów, którzy są z aktywnej listy, czyli przynależą do danej praktyki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Druga rzecz jest taka, że te panie pielęgniarki po prostu odciążą lekarzy w wielu przypadkach, kiedy naprawdę nie jest wymagana bezpośrednia ingerencja lekarza.

Kolejna rzecz. Jeśli chodzi o lekarzy, czyli recepty „pro familiae" lub „pro auctore", to tam też proszę państwa będzie dochodzić do wypisywania leków dla osób powyżej 75 roku życia. Jest to więc grupa stosunkowo niewielka, a wydaje się, że to uprawnienie jest jak najbardziej zasadne.

I jeszcze dopowiedzenie do komentarza pana ministra. Otóż, jeżeli chodzi o rezygnację z Charakterystyki Produktu Leczniczego i ograniczenie refundacji dla leków, które są w wykazach leków refundowanych we wszystkich wskazaniach wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, to te leki będą przechodzić – przynajmniej, zgodnie z naszymi postulatami – na wszystkie wskazania kliniczne oraz zastosowania. Dotyczy to jednak tylko tych leków, które dzisiaj są refundowane we wszystkich wskazaniach z Charakterystyki Produktu Leczniczego. Natomiast niektóre inne leki, na przykład, w programach lekowych, w wykazach leków stosowanych ambulatoryjnie czy chemioterapeutyki, będą zawężane do bardzo ograniczonych wskazań, jeśli jest to zasadne ze względów klinicznych lub ekonomicznych, tak jak było do tej pory. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pani poseł Małecka-Libera.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, leki dla osób 75+ za darmo to naprawdę świetne hasło wyborcze, i rzeczywiście tak było. Natomiast, nie dziwię się wcale, że z tego powodu jest poparcie 94% osób, bo popierają hasło. Każdy, komu cokolwiek obiecamy, że damy to za darmo, powie, że to jest OK. Natomiast, my jesteśmy na posiedzeniu Komisji Zdrowia, a tutaj podstawowa jest nie tylko kwestia rozdawnictwa, ale także pokrycia w budżecie i tego, że te leki mają przynieść określony cel. Przecież pan minister mówił, że część osób odchodzi od lady czy miejsca, gdzie sprzedaje się leki, bez wykupionych leków, ponieważ ich na to nie stać.

W związku z tym, po pierwsze, chciałabym zapytać, dlaczego państwo nie rozpatrywali kryterium dochodowego zamiast dawania leków dla wszystkich osób 75+, tym bardziej, że i tak następuje podział. Gdyby to były wszystkie leki dla wszystkich osób 75+, to zgoda, natomiast państwo robią podziały – 75, ale nie dla wszystkich, tylko dla wybranych grup chorobowych.

Teraz pytanie. A jakie choroby i jakie leki? To, co mamy przed sobą, panie ministrze, to goły projekt ustawy. Natomiast clou będzie w rozporządzeniu, i w tym, jakie to będą leki. My w tej chwili procedujemy tylko nad projektem. My nie wiemy, jakie choroby, jakie leki, o których pan mówi. Czy to będą substancje, cząsteczki, czy gotowe leki i jakich firm? Kto o tym będzie decydować? Dlaczego będzie zmiana co dwa miesiące? Tych wątpliwości jest wiele.

Kolejne moje pytanie. Dopuszczamy oczywiście lekarza rodzinnego do wypisywania tych leków i dopuszczamy pielęgniarkę, ale proszę pamiętać, że osoby starsze, chorujące na choroby przewlekłe, leczą się głównie u lekarzy specjalistów. Jeżeli ktoś choruje z powodu cukrzycy, to ja pamiętam dyskusje na posiedzeniach Komisji Zdrowia, gdzie zawsze panie posłanki i panowie posłowie mówili, że to jest dobry kierunek, że trzeba się leczyć u specjalisty. Jeżeli więc leczy się u specjalisty, to dlaczego ten pacjent ma wrócić z receptą do lekarza rodzinnego, żeby mu ten lek przepisywał po raz kolejny. To może na razie tyle. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Pan minister Zembala, bardzo proszę.

Poseł Marian Zembala (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, dla mnie to jest zasadna uchwała, dlatego, że każdy praktykujący lekarz ma świadomość tego, że bardzo wielu starszych pacjentów odchodzi z kwitkiem z powodu kosztów – nie wykupuje leków albo wykupuje tylko ich część – a także z tej renty czy emerytury, która wciąż nie jest największa, pomaga dzieciom czy wnukom. Myślę, że w tej sprawie wszyscy jesteśmy zgodni.

Chciałbym, żeby pan był uprzejmy, panie ministrze – i pana zespół – zwrócić uwagę przy okazji uszczegółowienia i rozporządzeń na dwa ważne elementy, które – w moim

przekonaniu – mają znaczenie, niezależnie od tego, że na pierwszy rok wejścia – nawet, jeżeli pan prawdopodobnie zacznie w czwartym kwartale – są szczupłe środki, ale jest pewna dynamika oceny i zmiany, bo wchodzi coś nowego. Dwie sprawy. Chciałbym mianowicie, żeby uwzględnić rolę geriatrów. Jesteśmy w tej dobrej sytuacji, że mamy ich coraz więcej. Jest Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. I mam nadzieję, że ich opinia, obok lekarzy rodzinnych, będzie uwzględniona w wypracowaniu zakresu tego, o czym mówimy. I o to proszę.

Druga uwaga, która wiąże się z pierwszą. Gdyby państwo dzisiaj uczestniczyli – taka refleksja medyczna – w posiedzeniach poświęconych geriatrii, w jakimkolwiek kongresie, to okazałoby się – zapewniam państwa – że 20% dyskusji zajmuje problem polipragmazji lekowej. Jeżeli wchodzi zatem to ważne, korzystne rozwiązanie, to powinniśmy również na ten element zwrócić uwagę, ponieważ nasi starsi pacjenci biorą leki od wielu specjalistów, z różnych źródeł. W krajach rozwiniętych aptekarz, tak zwany rodzinny, czuwa nad tym, czy nie ma polipragmazji i koryguje dawki. Ten element również powinniśmy uwzględnić w terapii, w szczegółowych założeniach. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Gelert, proszę bardzo.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, chciałabym dowiedzieć się od pana, ponieważ w ustawie jest zapisane, że limity wydatków są każdego roku… W projekcie tej ustawy również jest zapisane, że jeżeli limit wydatków zostanie przekroczony – czy to w systemie rocznym, czy kwartalny o 25% – to wdrażane są wówczas mechanizmy korygujące. Z tym wiąże się moje pytanie, czy nie uważa pan, że w ten sposób można pozbawić pacjenta praw już nabytych.

I drugie moje pytanie, dotyczy tego, o czym wcześniej mówiła pani poseł Małecka-Libera – wieku pacjenta. Czy przy tej ustawie wzięli państwo pod uwagę wyłącznie wiek i nic ponadto? Czy kierowaliście się przykładami z innych krajów? Jeżeli tak, to jakich? I oczywiście, jeszcze wypisywanie recept prze lekarzy POZ, natomiast nieuwzględnienie lekarzy innych specjalności. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę o odpowiedź ministra zdrowia, i bardzo proszę o ciszę na sali.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Pani przewodnicząca Małecka-Libera zadaje pytanie – podobnie zresztą, jak pani poseł Gelert – o kryteria inne poza wiekiem, a w szczególności kryterium, jakim mogłyby być dochody pacjenta. Zwracam uwagę na to, że w ogóle, jeśli chodzi o zamożność człowieka, to jej mierzenie wyłącznie dochodem, szczególnie w stosunku do osób starszych, nie jest do końca pewne i jednoznaczne. Prawdopodobnie trzeba by stosować jeszcze kryterium majątkowe, a wtedy zabrnęlibyśmy w ślepą uliczkę, bo nie zawsze dochód odzwierciedla zamożność człowieka. Czasem są inne wskaźniki. Powszechnie uważa się – zwłaszcza w stosunku do osób starszych – że to majątek mógłby bardziej odzwierciedlać to, czy są to osoby zamożne czy biedniejsze. Tak czy inaczej, proszę państwa, do kryterium zarówno majątkowego, jak i dochodowego, należałoby podchodzić z dużą ostrożnością, a także z całym entouragem biurokracji, które musiałoby badać spełnienie tego kryterium. Chcieliśmy tego zdecydowanie uniknąć.

Myślę, że zaletą tego projektu jest właśnie jego prostota, nawet z pewnym ryzykiem, że obejmujemy nim osoby, które faktycznie poradziłyby sobie bez tego wsparcia. Trzeba jednak też powiedzieć, że chcieliśmy uniknąć nie tylko budowania biurokracji i wydatków po stronie władzy publicznej – czy to byłby Narodowy Fundusz Zdrowia, czy jakieś inne podmioty, na przykład samorządy, ktoś, kto musiałby wydawać zaświadczenia o tej zamożności – ale także nakładania mitręgi na obywateli, na te osoby starsze, często bardzo mało sprawne, często zagubione, nawet, jeśli troszkę zamożniejsze, to niemające wsparcia osób bliskich, rodziny itd. To, proszę państwa, mogłoby również być polem do nadużyć pewnego rodzaju, bo wiadomo, że tam, gdzie pojawiają sie zaświadczenia, zawsze pojawia się skłonność do różnego rodzaju oszustw. I wydaje się – mówiąc kolo-

kwialnie, przepraszam – że skórka nie byłaby warta wyprawki. Mogłoby się okazać, że jakąś porównywalną kwotę i porównywalny wysiłek dla tego, co uzyskamy w wyniku tej ustawy, trzeba by poświęcić na badanie kwestii zamożności.

Natomiast, jeżeli chodzi o drugie pytanie pani przewodniczącej, dotyczące tego, że w zasadzie nie wiemy, jakie to leki, bo nie ma – przepraszam, ale pani przewodnicząca użyła niewłaściwego słowa – rozporządzenia, to zwracam uwagę, że jedyne rozporządzenie, do którego delegację daje ten projekt, to rozporządzenie w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie osobom po ukończeniu 75 roku życia. Projekt tego rozporządzenia mają państwo w materiałach. Zwracam na to uwagę, bo jest to powrót do dobrej praktyki przyzwoitej legislacji, która nie zawsze w przeszłości była stosowana.

Natomiast, jeśli chodzi o obwieszczenie, to chciałbym odwołać się do trybu, jaki obowiązuje w tej chwili w ustawie refundacyjnej. Kiedy była uchwalana ustawa refundacyjna w roku 2010, to oczywiście nie było przed posłami żadnego projektu obwieszczenia, a przecież większość obecnych na sali głosowała za tą ustawą, i przyjęła ją, w tym także pytająca pani przewodnicząca. Projekt ustawy refundacyjnej oczywiście nie zawierał – bo nie mógł zawierać – projektu najbliższego obwieszczenia ówczesnego ministra zdrowia, a także pani premier Ewy Kopacz siedzącej na tej sali, bo po prostu mechanizm jest inny. I tutaj ten mechanizm też jest inny. My mówimy, według jakich kryteriów będziemy uzgadniać te listy, ale nie możemy w tej chwili, pół roku przez opublikowaniem tej listy, powiedzieć, co na niej będzie. To jest po prostu niemożliwe. A mechanizm jest dokładnie taki sam, jak w przypadku listy leków refundowanych.

I jeszcze trzecie pytanie, które zadała pani przewodnicząca. To pytanie o leczenie u specjalistów. Ja o tym nie wspominałem, bo to nie jest zasadniczy cel tej ustawy, ale wydaje się, że jest tutaj jakaś szansa, na razie trudna do zmierzenia, żeby uzyskać efekt, który od dawna jest podkreślany, że większość pacjentów z chorobami przewlekłymi – a o takich pani przewodnicząca wspomniała – powinno być przede wszystkim pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a nie pod ciągłą opieką lekarza specjalisty. I nawet przykład cukrzycy, jaki pani przewodnicząca zechciała tutaj przytoczyć… Cukrzyca u osób po 75 roku życia, w przytłaczającej większości cukrzyca drugiego typu – lekarze obecni na sali wiedzą, o czym mówię – w przytłaczającej większości leczona lekami doustnymi, zdecydowanie – i mówię to jako specjalista medycyny rodzinnej – nie wymaga stałej pomocy diabetologa. Jeśli są tacy pacjenci, którzy rzeczywiście co 2-3 miesiące idą do lekarza diabetologa po to, żeby dostać kolejną receptę na metforminę lub jakiś inny tego typu preparat, to po prostu, gdyby udało się przy okazji tego projektu tej ustawy zmienić ich przyzwyczajenie, będzie to tylko zyskiem. Oczywistym zyskiem dla tych pacjentów chorych na cukrzycę, którzy wymagają pilnej konsultacji u diabetologa, a dzisiaj nie mogą się do niego dostać, ponieważ jest tam długa kolejka zatkana przez osoby, które korzystają z takiej regularnej wizyty receptowej.

To dotyczy nie tylko cukrzycy. To dotyczy nadciśnienia tętniczego i kardiologów czy hypertensjologów. To dotyczy chorób zwyrodnieniowych i reumatologów. To dotyczy wielu innych specjalistów, którzy dzisiaj często wystawiają co 2-3 miesiące recepty. Do tego sprowadza się często ich konsultacja, z całym szacunkiem dla tych specjalistów. Jeśli ci pacjenci przeniosą się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej to będzie tylko z korzyścią…

Od razu przechodzę do pytania zadanego przez pan ministra Zembalę. To samo dotyczy lekarzy geriatrów. Geriatrzy w Polsce dzisiaj – jest 340 aktywnych lekarzy – to nie są lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. To są lekarze konsultanci. Praktycznie rzecz biorąc, z trudnością można by znaleźć pacjentów leczących się w sposób systematyczny u takich lekarzy. I być może w jakimś sensie, z perspektywy dzisiejszych przyzwyczajeń, jeśli chodzi o wizytę u lekarza specjalisty, która tradycyjnie w Polsce rzeczywiście kończy się wystawieniem recepty, przyzwyczajenie to wymaga pewnej zmiany. Jednak, na pewno pan profesor, ale i wielu innych obecnych na sali, zdają sobie sprawę z tego, że ten sposób funkcjonowania lekarza specjalisty w wielu krajach nie wygląda w ten sposób, tylko zupełnie inaczej. Lekarz specjalista pisze list do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,

co według niego pacjent powinien przyjmować, jakie leki powinny być stosowane, jaką widzi perspektywę i kiedy powinien tego pacjenta ponownie zobaczyć. I prawdę mówiąc, jeśli przyjrzeć się polskim przepisom w tym zakresie, a zwłaszcza przepisom obowiązującym w zakresie relacji w Narodowym Funduszu Zdrowia, to tam jest właśnie ślad takich relacji. Myślę więc, że do tego trzeba po prostu powrócić.

Lekarz specjalista, w tym także specjalista geriatra, który – jak pan profesor słusznie zauważa – zajmuje się, między innymi, problemem polipragmazji, powinien do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej napisać list z sugestią zmiany sposobu leczenia. Uważam, że to zupełnie nie kłóci się z prawem pacjenta do dobrego leczenia. On nie musi wyjść od geriatry z kolejną receptą, a raczej z informacją o tym, jak powinien być leczony. A zatem, tutaj nie ma – moim zdaniem – żadnego problemu. A jeszcze długo, nawet przy wzrastającej liczbie geriatrów, nie będzie tak, że geriatrzy staną się lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu nie systemowym, ale ludzkim, to znaczy, że nie będzie to lekarz pierwszego kontaktu dla pacjenta.

Pani poseł Gelert pyta o to, czy mechanizm korygujący zawarty w projekcie ustawy nie będzie mógł stać się zagrożeniem dla praw nabytych pacjentów. Proszę państwa, z całą pewnością nie, dlatego – przypominam – że to znowu jest mechanizm, który dzisiaj obowiązuje w obwieszczeniach leków refundowanych. Na podstawie ustawy refundacyjnej od roku 2011 istnieje taka możliwość, że lista leków refundowanych się zmienia, i to, co dzisiaj jest na ryczałt, jutro może być na 30%. To, co wczoraj było bezpłatne, dzisiaj może być na ryczałt, itd. To zależy za każdym razem od nowej decyzji Ministra Zdrowia i wykazu, który jest publikowany, jeśli chodzi o leki refundowane.

Rzeczywiście, to pacjentów czasem drażni, że oni nie do końca mogą się spodziewać tego, co będzie w przypadku nowej listy leków refundowanych, ale ten mechanizm jest wpisany w obecne zarządzanie lekami w Polsce, i nic w tym zakresie nie zmieniamy. Nie wydaje się więc, żeby do tego można było przykładać kwestię praw nabytych. Pan minister jeszcze uzupełni, jeśli można.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Łanda:

Panie przewodniczący, pani przewodnicząca, szanowni państwo, kilka uzupełnień. Po pierwsze, rzeczywiście planujemy wydłużyć okresy pomiędzy obwieszczeniami. Będziemy proponować cztery miesiące pomiędzy obwieszczeniami, z różnych względów, ale to będzie uzyskane. Jest to jednak elementem innego projektu ustawy, który wkrótce trafi do Komisji.

Natomiast, jeśli chodzi o rolę geriatrów oraz innych specjalistów, którzy chcieliby uczestniczyć w procesie opracowywania pierwszego obwieszczenia obejmującego wykaz leków dla seniora, to oczywiście jest procedura przewidziana ustawowo, konsultacje zewnętrzne. Myślę, że ogłosimy ten wykaz z odpowiednim wyprzedzeniem i oczywiście będzie można podjąć polemikę.

Natomiast, proszę państwa, jeśli chodzi o kryterium wieku, to na pewno państwo zauważyli, że nie tylko kryterium wieku jest brane pod uwagę, jeśli chodzi o tworzenie listy. Tam są również inne kryteria. Przede wszystkim, są to choroby przypisane do wieku. Jak mówię, to, jeśli chodzi o tworzenie samego obwieszczenia. Natomiast wydaje mi się, że prawo nie powinno tu różnicować osób inaczej niż ze względu na wiek. To znaczy, konstytucja wskazuje nam, żebyśmy szczególną troską objęli osoby w wieku podeszłym, natomiast nie jest to łączone z żadnymi innymi kryteriami bezpośrednio. Zatem, jeśli chodzi o przyznanie prawa do leczenia, uwzględnienie tego kryterium wieku jako jedynego wydaje mi się najbardziej uzasadnione. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. W kolejności pan poseł Latos, pani premier Kopacz i pani poseł Kopcińska. Pan poseł Latos, bardzo proszę.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysokie Komisje, przede wszystkim chciałbym bardzo podziękować panu ministrowi i pani premier za ten tak oczekiwany i ważny projekt. Ja też bardzo dziękuję za te wyczerpujące i szczegółowe odpowiedzi, jakich pan minister udziela, bo można powiedzieć w tej sprawie – naresz-

cie! Przecież zjawisko, o którym mówi się, że nawet do kilkudziesięciu procent – tak się szacuje – recept osób starszych jest nierealizowanych, to coś, o czym w tej Komisji wielokrotnie mówiliśmy. Mówiliśmy, że jest problem, który trzeba jakoś rozwiązać, i do tej pory w żaden sposób rozwiązany nie był.

Nie chcę tu robić przytyków wobec poprzedników, że nie mieli pomysłu, zabrakło czasu czy z jeszcze innych powodów to nie było zrealizowane, bo to już przeszłość. Ja bym chciał, tak jak brzmiało to z części głosów – również przedstawicieli opozycji – wspólnie nad tym pracować, bo jesteśmy to winni tym obywatelom, którym taka szczególna pomoc jest potrzebna.

Pan minister dość szczegółowo wyjaśnił, że tak naprawdę w kolejnych latach to będzie znaczna część, a może nawet przy pewnej korekcie, o której pan wspominał, prawie całość czy może 90% realizowanych kosztów, jakie seniorzy ponoszą w wydatkach na leki. A jeżeli mówimy o kwestiach związanych z tym, że te recepty mają wypisywać wyłącznie lekarze rodzinni, to oprócz tych argumentów, o których mówił pan minister, a o których też tu wiele razy mówiliśmy, bo przecież wielokrotnie zastanawialiśmy się, co zrobić, aby udrożnić kolejkę do specjalistów... Przypominam i przywołam pakiet antykolejkowy, który miał być zrealizowany i przynieść określony efekt. Nie przyniósł. Szukajmy więc dalej wspólnie rozwiązań. Mniej niepotrzebnych wizyt u specjalistów będzie oznaczać właśnie odblokowanie, skrócenie tych kolejek i umożliwienie dostępu tym pacjentom, którzy teraz nie mają możliwości z tych porad lekarskich skorzystać.

Dodajmy też drugi element. To jest informatyzacja. Szanowni państwo, gdyby ta informatyzacja, na którą wydano kilkaset milionów złotych – a wszyscy wiemy, jak to działa, czy raczej, nie działa – była sprawna, dobrze funkcjonowała – podejrzewam, że mogłoby to funkcjonować sprawnie i dobrze za dużo mniejsze pieniądze – to wtedy mielibyśmy pełen wgląd w to, co pacjenci otrzymują i nie dochodziłoby do tych sytuacji, jakie się obserwuje – widzą je lekarze rodzinni czy aptekarze – że pacjenci od różnych specjalistów otrzymują czasem wzajemnie wykluczające się leki. Jest tego rodzaju problem, z którym, niestety, mamy do czynienia. Przy dobrym systemie informatycznym mielibyśmy to pod pełną kontrolą. Doskonale byśmy wiedzieli, co otrzymują dani pacjenci w wieku 75+, czy w innym, co z tego wynika dla systemu. Wtedy, być może, można by przyjąć inny model przepisywania tych leków, chociaż ja skłaniam się do tego, że docelowo – tak, jak powiedział pan minister – to raczej lekarze rodzinni powinni mieć pod kontrolą, szczególnie w przypadkach chorób przewlekłych, o których też tutaj mówiono, które to przypadki były przywoływane. Zatem, kierunek dobry, za który bardzo dziękuję.

Nie ma tutaj nic do rzeczy deklaracja wyborcza. Możemy powiedzieć jedynie, że dotrzymujemy słowa, i to jest niezwykle ważne, żeby tego słowa w polityce zawsze dotrzymywać. Natomiast, jeśli będzie taka potrzeba, i będzie możliwość korekty, to myślę, że wszyscy są na to otwarci, zwłaszcza gdy te systemy informatyczne zaczną sprawniej działać.

I wreszcie, na koniec, pamiętajmy, że to będą pieniądze dodatkowe, które trafią do systemu. To też, szanowni państwo, jest niezwykle ważne. To będzie oznaczać uwolnienie kolejnych kilkuset milionów złotych środków – docelowo ponad miliarda – które w tej chwili są przeznaczone na refundację leków, które trafiają tam z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, a które w tej sytuacji będzie można przeznaczyć na inne leki czy inne procedury medyczne. To też jest bardzo ważny element tej ustawy. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani premier Kopacz, bardzo proszę.

Poseł Ewa Kopacz (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, mam kilka pytań, ale zacznę od ogólnego stwierdzenia. Pan powiedział, że społeczeństwo bardzo ciepło przyjęło propozycję projektu tej ustawy, i trudno się dziwić. Społeczeństwo dzisiaj nie zna szczegółowo zapisów projektu, który państwo tu prezentują, a usłyszało w kampanii wyborczej, i pewnie nadal słyszy, że oto po 75 roku życia będą mieć bezpłatne leki. Bezpłatne leki po 75 roku życia to nie są wybrane leki, ale bezpłatne wszystkie leki. To obiecywaliście w kampanii.

Biorąc pod uwagę to, co państwo zapisali w budżecie na rok 2016 – 125 mln zł, biorąc pod uwagę to, że mamy w Polsce 3 mln osób po 75 roku życia, biorąc pod uwagę to, że będą państwo realizować ten projekt dopiero w ostatnim kwartale tego roku, to wasza pomoc – te bezpłatne leki dla seniorów po 75 roku życia – będzie wynosić dokładnie 13 zł i 70 gr. Nawet, jeśli w przyszłym roku to będzie ponad 500 mln zł, to będzie to oscylować w granicach 16 zł. To będzie ta pomoc na bezpłatne wszystkie leki dla seniorów po 75 roku życia.

A jeśli już mówimy o wymiernej pomocy, to chciałabym wiedzieć… Ten z państwa, kto ma tatę, mamę czy babcię po 75 roku życia i od czasu do czasu chodzi do apteki i realizuje te recepty, to wie, że na pewno nie są to rachunki na poziomie 13 czy 15 zł. To jest moja uwaga dotycząca tego ciepłego przyjęcia tego projektu ustawy. A skoro już mowa o projekcie ustawy, to chciałabym teraz o konkretach.

Państwo mówią, że będą tworzyć w ramach obwieszeń listę tych leków, które będą tym wielkim szczęściem dla seniorów. Pan minister powiedział, że leki będą dobierane pod względem skuteczności i bezpieczeństwa. Powiem szczerze, panie ministrze, że trochę mnie pan zszokował, bo dzisiaj mamy listę leków refundowanych i obwieszczenia, a pan ma przy sobie, po swojej lewej stronie, ma specjalistę od leków, pana ministra Łandę, który wie, że gdyby którykolwiek z leków był nieskuteczny i niebezpieczny, to nie znalazłby się na liście leków refundowanych podpisanej przez Ministra Zdrowia. Jest więc naturalne, że będą to leki skuteczne i bezpieczne, bo tylko takie mogą być.

A skoro już mówimy o obwieszczeniach, to chciałabym zapytać bardzo konkretnie, odnosząc się do obwieszczenia, które obowiązuje od 1 marca tego roku. To obwieszczenie zawiera, między innymi, 19 leków zawierających tę samą substancję czynną, w tej samej dawce i w tej samej liczbie kapsułek. Powtórzę – 19 leków. Do jednego z nich – celowo nie wymieniam nazwy – jest dopłata 3,20 zł, do innych blisko 14 zł. Mam pytanie. Które z tych dziewiętnastu leków – a może wszystkie – znajdą się na tej liście, którą będzie pan proponować jako ten szczególny dar dla seniorów po 75 roku życia?

Dlaczego w sposób transparenty i oszczędny dla systemu refundacji nie wzięli państwo pod uwagę refinansowania, czyli dawania bezpłatnie najtańszego leku w każdej grupie limitowej, co by spowodowało, że jednocześnie ci, którzy dzisiaj nie są w tej grupie, nie są podstawą limitu, producenci tych leków, może zaczęliby obniżać swoje ceny? Może weszliby na listy leków refundowanych konkurując z innymi lekami, a więc oszczędzając również dla pozostałych, nie tylko tych w wieku 75 lat.

I wreszcie ostatnia rzecz, odnośnie do której pan nie odpowiedział szczegółowo, kiedy pytała o to pani poseł Gelert. Lekarz rodzinny ustala między innymi terapię dla swojego pacjenta. I nie jest to terapia doraźna, w zależności od tego, co jest na liście leków refundowanych. Jeśli ustali pan w tej terapii lek, który znajdzie się na pańskiej liście jako bezpłatny dla seniorów po 75 roku życia, a po trzech miesiącach, kiedy, niestety, zabraknie pieniędzy, pan skoryguje tę listę i to wytnie, to pan będzie korygować terapię pacjentowi, który właśnie do tego leku zdążył się przyzwyczaić. Stąd właśnie wynikają prawa nabyte. Pan już coś obiecał. Pan tą ustawą obiecał, że ten lek będzie za darmo, a potem, w zależności od tego, jakie będą pieniądze, pan będzie korygować tę listę i on już nie będzie za darmo. On będzie albo na ryczałt za 3,20 zł, albo na 30%, albo na 50%, albo nawet na 100%. Z tego właśnie wynika pytanie pani poseł Gelert.

To tyle, ale chciałabym jeszcze dzisiaj zabrać głos. A jeśli nie miałabym okazji, bo idę na następne posiedzenie Komisji, to chciałabym zapytać – tak, jak na każdym posiedzeniu Komisji – czy pan minister, i w jakim terminie, przedstawi nam sposób skracania kolejek do specjalistów. Pytam o to na każdym posiedzeniu Komisji Zdrowia i chciałabym wiedzieć, czy są już jakieś efekty. Czy państwo mają jakiś konkretny plan, bo w kampanii słyszałam również, że to będzie tak proste, że wystarczy pstryknąć i kolejki natychmiast się skrócą po zmianie władzy? Chciałabym więc wiedzieć, czy państwo mają konkretny plan skracania tych kolejek. A może jest to na tyle niewidoczne, że pacjenci tego nie widzą, ale chciałabym, żeby to stało się również tematem posiedzenia Komisji Zdrowia. Jeśli pan przewodniczący mógłby wpisać to do planu pracy, a pan minister zechciałby nam przedstawić, jakie są obecnie okresy oczekiwania do specjalistów, byłabym bardzo zobowiązana. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. I pani poseł Kopcińska.

Poseł Joanna Kopcińska (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Proszę państwa, to bardzo dobry projekt, który zapewni seniorom dostęp do bezpłatnych leków skutecznych i bezpiecznych, przy jednoczesnym zmniejszeniu ich udziału, tym bardziej, że – podkreślmy to wyraźnie jeszcze raz – art. 68 ust. 3 konstytucji mówi, że władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w wieku podeszłym. Ci z państwa, którzy dzisiaj tak ochoczo krytykują bardzo dobry projekt dedykowany seniorom 75+, z racji tego, że w dużej mierze byli parlamentarzystami poprzednich kadencji, nie dali dobrego przykładu, żeby chociażby najtańszym lekiem zapoczątkować dobrą zmianę dla polskich seniorów. W tej chwili nie czas na krytykę, tylko na konstruktywną pracę przy bardzo dobrym i oczekiwanym projekcie.

Mówią państwo, że seniorzy nie odczują jego wejścia w życie. To nieprawda. Chciałabym zapytać wyraźnie jeszcze raz, panie ministrze. Czy z szacunków, jakimi państwo dysponują, wynika, że seniorzy – pacjenci 75+ – na leki refundowane w roku 2015 wydali 860 mln zł? Wydali. Czy w 2016 r. przeznaczą z własnych kieszeni o 125 mln zł mniej na leki refundowane? Przeznaczą. Czy w 2017 r. przeznaczą o 564 mln zł mniej z własnych pieniędzy na leki refundowane? Przeznaczą.

To jest projekt, który można krytykować, bo takie są prawa opozycji, ale, proszę państwa, to jest bardzo dobra zmiana, na którą osoby w wieku podeszłym czekają. Wszyscy wiemy, jak wygląda opieka geriatryczna w Polsce. Nie chcę wracać do przeszłości i prowadzić przy tym projekcie polityki, ale to państwo wprowadzili politykę do tego projektu. Mieliście czas na to, żeby zapewnić dobrą opiekę geriatryczną i przygotować dobry projekt dla osób w wieku podeszłym.

Padały również pytania o to, dlaczego lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, a dlaczego nie lekarze specjaliści. I znowu jestem zmuszona wrócić do przeszłości i zapytać. Panie ministrze, czy projekt informatyczny ma na to wpływ, że lekarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie mogą wziąć w tym projekcie takiego udziału, jaki powinni. Proszę o udzielenie odpowiedzi. I jeszcze raz gratuluję dobrego pomysłu i wprowadzania dobrej zmiany dla polskich seniorów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, panie ministrze. Myślę, że pan minister z chęcią udzieli odpowiedzi na temat informatyki.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, panie przewodniczący. Panu przewodniczącemu Latosowi dziękuję za dobre słowa, a także za zwrócenie uwagi na rzecz, o której ja nie wspomniałem, a mianowicie, że jest to, co prawda na razie niewielki krok, ale jednak liczony setkami milionów złotych, a w kolejnych latach przekraczający nawet miliard złotych rocznie, zwiększania nakładów na ochronę zdrowia, co – jak można powiedzieć – zgodnie z wiedzą wszystkich tutaj obecnych, jest jednym z najpoważniejszych problemów naszego systemu służby zdrowia. Wydaje się, że warto to zauważyć. To nie jest przesuwanie pieniędzy z kieszeni do kieszeni w takim sensie, że, na przykład, rozszerzamy zadania Funduszu, a jednocześnie nie dodajemy środków, tylko są to dodatkowe środki.

Pani premier Kopacz wypomina nam, że mówiąc o bezpłatnych lekach w kampanii wyborczej mieliśmy na myśli wszystkie leki. Szczerze mówiąc, jest to zabawa semantyczna. Nie wiem, czy sformułowanie „bezpłatne leki" oznacza „bezpłatne wszystkie leki". Może ktoś tak rozumiał. Jeśli mówimy o bezpłatnych wszystkich lekach, i jeśli ktoś – powiem wprost – w swojej naiwności sądził, że także leki – bo to są leki – sprzedawane dzisiaj na stacjach benzynowych będą wydawane za darmo, to, przepraszam, ale niczego takiego nie mieliśmy na myśli. I myślę, że to jest oczywiste dla wszystkich, którzy tego słuchali. Nikt nigdy… To też są leki. One są zarejestrowane jako produkty lecznicze, jako leki – leki OTC, co prawda… Paracetamol w rozmaitych opakowaniach, ibuprofen w rozmaitych opakowaniach, to są leki. Oczywiście, nikt nigdy nie gwarantował wszystkich leków. A zatem, skupiamy się na tym, co jest możliwe.

Jeszcze raz powtarzam. To jest pierwszy krok, zdecydowanie niewystarczający, ale zwracam również uwagę na to, że w ostatnich latach we wszystkich możliwych układach, statystykach, podejściach – leki refundowane, leki wszystkie na receptę, nie na receptę – odpłatność Polaków za leki – i to nie jest kwestia ostatnich trzech miesięcy – jest absolutnie na pierwszym miejscu wśród krajów cywilizowanych w Europie. To jest fakt. I faktem jest również, że różne są szacunki, bo różne były przymiarki, ale najbardziej ostrożne wskaźniki mówią, że 17% osób odchodzi z apteki z kwitkiem. Proszę państwa, 17% ludzi, to prawie $^1/_5$ pacjentów, którzy tam trafiają. I to nie rozkłada się równo po wszystkich, proszę państwa, bo tu, na tej sali, prawdopodobnie nie ma ani jednej takiej osoby. To à propos wyciągania tej średniej, tych 16 zł, bo prawdopodobnie nikt z obecnych na tej sali z kwitkiem z apteki nie odszedł. A co to oznacza, proszę państwa? To, że jest drugie takie miejsce, gdzie też jest około setki osób, spośród których znakomita część odeszła z kwitkiem z apteki. I my musimy sobie zdawać sprawę z tego, że to są osoby, które odeszły z kwitkiem z apteki nie jeden raz, tylko że dzieje się to cały czas, albo, kiedy już wykupią ten lek, który jest dla nich za drogi, i wrócą do domu, to będą używać $^1/_4$ tabletki zamiast całej, albo co drugi dzień, zamiast codziennie.

Proszę państwa, myślę, że jest tutaj co najmniej kilka osób, także po stronie opozycji, lekarzy, którzy wiedzą, że tak jest. To jest jeden z najbardziej wstydliwych – jak bym powiedział – aspektów naszej służby zdrowia. Nie może tak być, żeby w XXI wieku, w Europie, w środku Unii Europejskiej, była taka sytuacja, że ludzie biedni nie mogą się leczyć tak, jak im zalecili lekarze. Dlatego robimy ten pierwszy krok.

Dlaczego nie dalsze kroki, bo oczywiście można powiedzieć – ja też to wiem doskonale – że wszyscy pacjenci przewlekle chorzy powinni być objęci tym projektem? Jasne, że tak. Wszystkie dzieci chore na choroby przewlekłe też, itd. Miejmy nadzieję, że będziemy w stanie zrobić te następne kroki, ale ten jest pierwszy, i proszę to zauważyć.

16 zł na rok. Rzeczywiście, tak jest. Nie można dyskutować z arytmetyką, tylko, proszę państwa, musimy zdawać sobie sprawę z tego, po pierwsze… Przepraszam, nie na rok, miesięcznie, oczywiście. Dziękuję za poprawienie. 16 zł miesięcznie. To jest prawda, ale, po pierwsze, to jest pierwszy krok, więc dobre i 16 zł. A po drugie, jest rzeczą zupełnie oczywistą, że nie wszyscy pacjenci konsumują te leki. Zatem, 16 zł średnio to znaczy, że dla tych osób, które będą z tego korzystać, jest to już 32 zł miesięcznie, na przykład, a może jeszcze mniej… Proszę zwrócić uwagę na to, że nie wszyscy będą z tego korzystać. Również nie wszyscy spośród pacjentów, którzy leki wykupują, bo my będziemy dopłacać – i to jest uchylanie troszkę rąbka tajemnicy…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam, panie ministrze. Drodzy państwo, z uporem będę przypominać o tym, że rozmowy kuluarowe prowadzimy w kuluarach. Bardzo proszę, panie ministrze.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Uchylę rąbka tajemnicy, jeśli chodzi o nasze plany w stosunku do konstrukcji tych obwieszczeń – tego pierwszego obwieszczenia i następnych. Chcielibyśmy skupić się nie na tych lekach, które są najtańsze, tylko właśnie na tych trochę droższych. A to będzie oznaczać, że ci, którzy płacą te przysłowiowe ryczałtowe 3,20 zł za pudełko, nie skorzystają z tego, bo to nie jest wielki problem. Skorzystają ci, którzy płacą 30% albo 50% za lek. A zatem, potencjalna liczba beneficjentów tego projektu jeszcze bardziej się zmniejszy, co będzie oznaczać, że ci, którzy dzisiaj wydają na leki dużo, co może być istotną przeszkodą w zakresie dostępu do tych leków, będą w pierwszej linii tych, którzy z tego skorzystają. Myślę, że to są te rzeczy, nad którymi będziemy się pochylać, żeby to właśnie nie było rozdzielanie każdemu po kropelce, tylko, żeby rzeczywiście skorzystali ci, którzy mają z tym problem.

Pani premier jeszcze raz wróciła do jakiegoś podejścia do kwestii zamożności, a także do praw nabytych, że jeśli pacjent przyzwyczaił się do tego, że lek jest bezpłatny, to potem lekarz będzie musiał jeszcze raz podejmować decyzję, czy temu pacjentowi ten lek przepisywać, czy go zmienić itd. Jeszcze raz powtarzam, że ta zasada obowiązuje od wielu lat, i to nie kto inny, tylko pani premier zaproponowała Sejmowi projekt ustawy refundacyjnej, który właśnie wprowadził te zasady, że co dwa miesiące sytuacja pacjentów

się zmienia. Dzisiaj wielu chorych, tak naprawdę, narzeka na to, że idąc do apteki nie wiedzą, ile wyniesie rachunek – nie są pewni, czy będzie on taki sam, jak poprzednim razem. I faktycznie, tak to się zmienia. Czy to jest dobre, czy to jest złe, nie wiem, ale ta zasada obowiązuje od wielu lat i my jej nienaruszany.

Z drugiej strony, chcę powiedzieć, że lekarz od czasu do czasu musi poza decyzją ściśle terapeutyczną, a zwłaszcza lekarz rodzinny – i mówię to jako lekarz rodzinny – brać pod uwagę to, co wie o pacjencie, także o jego stanie majątkowym i sytuacji rodzinnej, o jego otoczeniu itd. Mogę więc to tylko potwierdzić – rzeczywiście tak jest. Jako lekarz rodzinny wielokrotnie albo zadawałem pytanie, albo mając już wcześniejszą wiedzę o pacjencie, podejmowałem decyzję o tym, że z niektórych leków, które są drogie, trzeba po prostu zrezygnować, i nie sądzę, żeby w tym było coś złego. To jest zupełnie oczywiste, zwłaszcza w dzisiejszych czasach, w których mówimy o wzmocnieniu roli pacjenta.

Anglicy ukuli taką nazwę „patient's empowerment", czyli, że pacjent jest najważniejszy. To negocjacje, w jakimś sensie, z pacjentem odnośnie do tego, co ma go dotyczyć – czy on pojedzie do najbliższego miasteczka do szpitala, czy daleko do specjalisty, czy gdzieś… I tak samo, jeśli chodzi o leki. To są rzeczy, które lekarz rodzinny – a zwłaszcza lekarz rodzinny – musi brać pod uwagę. To nie jest jego obowiązkiem zawodowym, ale wynikającym z miejsca i relacji, w jakich funkcjonuje z pacjentami, o których szczególnie lekarz rodzinny dużo wie. I nie widzę w tym nic złego, żeby od czasu do czasu zmienić sposób leczenia, także biorąc pod uwagę jego koszty dla pacjenta. To jest zupełnie naturalne.

Pani minister zadaje pytanie, co robimy w sprawie kolejek. Właśnie to robimy. Właśnie powiedziałem. Właśnie teraz… Pani premier, właśnie teraz staramy się przynajmniej troszeczkę wpłynąć na zachowania pacjentów w tym zakresie, żeby nie chodzili do specjalisty tylko po to, żeby dostać kolejną receptę, na przykład, na tyroksynę, dlatego, że mają niedoczynność tarczycy. Wielu pacjentów niepotrzebnie chodzi do specjalisty. To jest po prostu fakt. I właśnie dlatego, że przy okazji tej ustawy – bo to nie jest cel główny tej ustawy, jeszcze raz powtarzam – jest szansa uzyskać taki efekt, miejmy nadzieję, że właśnie okaże się, że jakiś mały kroczek w tym dobrym kierunku robimy. To nie jest oczywiście jedyna rzecz, ale nie chciałbym tutaj… Panie przewodniczący, rozmawiamy o tym projekcie, więc na temat innych projektów nie będę mówić.

I wreszcie, pani przewodnicząca Kopcińska. Dziękuję bardzo za dobre słowa, a także za zwrócenie uwagi na to, że rzeczywiście, gdyby rozwiązania informatyczne działały dzisiaj dobrze – a w szczególności ten wielki projekt P1 – to pewnie łatwiej byłoby również w tej sprawie wszystkie problemy rozwiązać… Jeszcze pan minister Łanda.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przez kulturę nie odniosę się do tego ostatniego zdania. Pan minister Łanda.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Łanda:

Panie przewodniczący, pani przewodnicząca, szanowni państwo, kilka uwag. Po pierwsze…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, bardzo pana przepraszam. Ze względów organizacyjnych muszę zapytać gości o liczbę chętnych do zadania pytań, dlatego, że zaraz muszę na chwilę wyjść do marszałka Sejmu i przejmie prowadzenie ktoś inny. Chcę wiedzieć, jaki jest zakres czasowy pracy. Przepraszam, panie ministrze, tylko jedno sprawdzę. Proszę gości chętnych do zabrania głosu o podniesienie ręki. Dwie osoby, OK. Oddaję głos, panie ministrze.

Na chwilę przejmuje prowadzenie pani minister Małecka-Libera, a ja swoje pytania zadam na koniec. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Łanda:

Dziękuję bardzo. Kontynuuję. Otóż, proszę państwa, skuteczność leku i bezpieczeństwo u ludzi starszych wcale nie jest takie samo jak u pozostałej populacji. Często skuteczność i bezpieczeństwo u osób starszych przekładają się na decyzje refundacyjne. Jest bardzo wiele takich przykładów, gdzie leki są stosowane i refundowane w grupach młodszych pacjentów – na przykład, są to liczne chemioterapeutyki – natomiast w grupie osób starszych te leki nie mogą być stosowane, ponieważ starsze narządy wyczerpane życiem nie wytrzymałyby po prostu obciążenia. Jest też odwrotnie – niektóre leki stosuje się

u osób starszych, na przykład, niektóre leki kardiologiczne, których nie będę wymieniać. U osób starszych ich stosowanie ma sens, ponieważ częstość korzyści zdrowotnych w stosunku do ryzyka działań niepożądanych jest u osób starszych większa. Natomiast u osób młodszych – bardzo mi przykro – tych leków nie tylko nie wolno refundować, ale i stosować, ponieważ częstość występowania działań niepożądanych jest znacznie wyższa niż potencjalne korzyści zdrowotne. Nie wspomnę również – bo nie będę poszerzać tematu – o polipragmazji, ale na pewno kryterium skuteczności i bezpieczeństwa będzie brane pod uwagę przy układaniu wykazu leków dla seniorów.

Kolejna kwestia. Chciałbym państwu przypomnieć, że pierwszy wykaz leków dla seniorów będzie tworzony na podstawie leków już dzisiaj refundowanych…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Przepraszam bardzo, panie ministrze. Bardzo prosimy o ciszę. Naprawdę tutaj z tej strony słyszymy tylko echo rozmów. Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Łanda:

Dziękuję. Otóż, proszę państwa, ten pierwszy wykaz leków dla seniorów będzie tworzony na podstawie leków już dzisiaj refundowanych. W związku z tym, dotyczą ich wszystkie kryteria refundacyjne, jakie dzisiaj obowiązują.

Kolejna rzecz. Proszę państwa, my będziemy starać się podejść do tego projektu w sposób bezpieczny, ponieważ nie mamy systemu informatycznego. I odpowiadając na pytania pana przewodniczącego Latosa – oczywiście, gdyby był system informatyczny, który zapewnia nam dobrą kontrolę nad preskrypcją lekarską oraz nad tym, jacy pacjenci jakie recepty realizują, to można by wtedy myśleć o poszerzeniu prawa do przepisywania leków dla seniorów na lekarzy specjalistów. Ponieważ jednak tego systemu nie ma, to w tej chwili, proszę państwa, jedyna metoda skutecznej kontroli, jeżeli chodzi o potencjalne ryzyko nadużyć w tym względzie, polega na tym, że będzie można te recepty przepisywać przez lekarza i pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej z aktywnej listy, a więc u pacjentów, którzy są przypisani do danej praktyki podstawowej opieki zdrowotnej.

Daje to oczywiście dobrą kontrolę, na przykład, nad takim mechanizmem patologicznym, który mógłby się w niektórych przypadkach pojawić, że osoba chora przychodziłaby do różnych lekarzy... Przecież ma tę samą jednostkę chorobową. Ta jednostka chorobowa może dotyczyć lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ale też kilku innych specjalności. Taka osoba mogłaby zebrać darmowe recepty od tych wszystkich lekarzy, następnie dostać leki za darmo i wywieźć je na targ, chociażby za wschodnią granicę. Zatem, proszę państwa, jedyną metodą, jaką w tej chwili mamy, ponieważ nie ma systemu informatycznego, jest właśnie ordynacja leków przez wyżej wymienione grupy.

Kolejna rzecz. Proszę państwa, mówiłem, że my będziemy starać się podejść do tego w sposób bezpieczny. To znaczy, najpierw przygotujemy obwieszczenie, dopasowując je oczywiście do finansów, którymi dysponujemy, z czasem planując ich poszerzenie.

Proszę państwa, to jest jednak bardzo nowatorski projekt i prosiłbym, żebyśmy tutaj nie liczyli na to, że my nagle pójdziemy bardzo szeroko. Przeciwnie, sądzę, że tutaj raczej nie będzie żadnego ryzyka, jeżeli chodzi o utratę praw nabytych. Przeciwnie, będziemy bezpiecznie poszerzać ten wykaz i zakres refundacji w tym względzie. Tak więc, na pewno reguły ostrożnościowe będą działać.

Kolejna rzecz bardzo ważna. Proszę państwa, ten wykaz leków dla seniora otwiera nam bardzo duże możliwości, jeśli chodzi o instrumenty…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę o ciszę na sali.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Łanda:

…o instrumenty dzielenia ryzyka. Myślę, że po stworzeniu tego wykazu wielu producentów z pewnością będzie chciało, żeby ich leki znalazły się na tej liście, będziemy więc oczekiwać na ich propozycje.

Natomiast, było również pytanie, jacy producenci skorzystają na wykazie leków dla seniora. Pytała pani premier. Otóż, nie wiem, jacy. Zawsze jacyś skorzystają, ale to będzie podlegać pełnej ocenie dopiero… Kryteria są w ustawie. Po drugie – tak, jak mówiłem

– kryteria… I bardzo dobrze, bo rzeczywiście kryteria… Chciałbym powiedzieć, że, po pierwsze, to będą leki przepisywane w chorobach, które są przypisane do wieku. Zatem, rzeczywiście to będą przede wszystkim leki, których potrzebują osoby starsze.

Pani premier podawała przykład grupy limitowej, gdzie jest 19 preparatów z różnymi odpłatnościami. Otóż, chcemy również uwzględnić częstość nabywania tych leków przez osoby chore oraz częstość, kiedy one tych leków rzeczywiście potrzebują. To nie tylko…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, na chwilę przerwę. Drodzy państwo, wysłuchajmy wzajemnie argumentacji, która pada z jednej i z drugiej strony. To pomoże podjąć rozsądną decyzję przy uchwalaniu tej ustawy. Panie ministrze, bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Łanda:

Dziękuję. Z pewnością, jeżeli jest kryterium, które mówi, że są to leki przypisane do wieku, to w związku z tym, są to takie leki, które są najpotrzebniejsze dla osób starszych. Przy czym jeszcze raz podkreślam, że działają tu wszystkie inne kryteria, które są w ustawie refundacyjnej w zakresie przyznawania refundacji, ponieważ te leki będą już z wykazu leków refundowanych. Natomiast, proszę państwa, nie chcemy się ograniczać do leków, które wyłącznie stanowią podstawę limitu albo mieszczą się w limicie, czyli, są dostępne za opłatą 3,20 zł, ale również będziemy uwzględniać… I tak może być, na przykład, że kolejny lek, do którego jest jakaś dopłata, a który jest powyżej tego limitu, jeżeli jest on w Polsce szczególnie często używany i jeżeli on jest rzeczywiście potrzebny osobom starszym, to będziemy to rozważać i przedstawimy argumentację panu ministrowi, żeby przychylił się do tego albo odrzucił taką decyzję.

Natomiast, ostatnią już rzeczą jest to, proszę państwa– co podkreślam – że rozpoczniemy przede wszystkim od tych leków, które są w wykazach 30% i 50% współpłacenia. Od tego w ogóle zaczniemy. Oprócz tego, kolejnym kryterium jest to, że będą to leki stosowane w chorobach przypisanych do wieku. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł Radziszewska, pan poseł Szczerba i pani poseł Borowiak. Bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Dziękuję bardzo. Najpierw ogólnie odniosę się do tej propozycji, nie krytykując idei, ale odnosząc się do tego, o czym była mowa.

Pan minister powiedział słowa, które jeszcze nie raz będzie pan słyszał i odbiją się panu czkawką z tego powodu, że powiedział pan „nikt nigdy nie gwarantował wszystkich leków”. Wszyscy wyborcy kilka miesięcy temu znali jedno hasło „75+”, czyli leki dla każdego seniora, który kończy 75 rok życia, za darmo. Taka jest wiedza tych, którzy głosowali na Prawo i Sprawiedliwość – dla każdego seniora. Jeżeli pan mówi, że nikt nigdy nie gwarantował wszystkich leków bezpłatnych dla seniorów, to znaczy, że jeżeli nie precyzowaliście dokładnie, to będzie to samo, co 500 zł dla każdego dziecka. Dla każdego, czyli, nie każdego. I będzie 75+ – nie każdy lek dla każdego pacjenta będzie za darmo.

Dwa. Jeżeli pan wyraził dzisiaj taką opinię, że ta ustawa… Mamy kryterium finansowania tej ustawy. Do końca 2025 r. jest to kwota powyżej 8 mld zł. Zapisane finansowanie w ustawie w ostatnim roku, czyli za 10 lat – 1,2 mld zł. Tyle.

Pan mówił, że już teraz pacjenci, którzy mają 75 lat, nie będą odchodzić z kwitkiem od okienka aptecznego. Panie ministrze, chyba pan naprawdę nie wierzy w to, co mówi. A jeżeli pan wierzy w to, to znaczy, że pan wierzy w ułudę. To jest po prostu nieprawda. Takie życzenie przy tym sposobie podejścia do sprawy się nie ziści. To znów jest kolejne omamianie pacjentów i używanie różowych słów, które nic nie znaczą.

Dwa. Jeżeli pan dzisiaj w dyskusji mówi o tym, że poprzez tę ustawę, zabraniając z korzystania w trakcie wizyty u lekarza specjalisty z wypisania leków z tego wykazu dla pacjenta 75+, przymuszając pacjenta do pójścia po wizycie u lekarza specjalisty do lekarza POZ, żeby ten wypisał mu receptę… To jest to brak szacunku dla tych pacjentów. I uczenie 75-latków – tak jak pan mówi – że w ten sposób zmniejszamy kolejki, bo wymu-

szamy pewne zachowania pacjentów, żeby nie chodzili do lekarzy specjalistów po leki… Muszę powiedzieć, że z przykrością tego wysłuchałam. Trzeba ważyć słowa.

Mówi pan, że to właśnie jest sposób na kolejki, żeby odpowiedzieć pani premier Kopacz, ale nie zastanowił się pan, że to nie tędy droga. Nie można 75-latka – bo mówimy o tej kategorii ludzi – przymuszać, po wizycie u lekarza specjalisty, do wizyty u lekarza POZ, gdy często specjalista jest w mieście powiatowym, a do lekarza POZ musi dojechać do gminy. Jednego dnia pojedzie 15 km, a drugiego dnia musi jechać 6 km. To jest nierozsądne, nieracjonalne. To nie zmieni zachowań tego pacjenta ani zachowań innych pacjentów przed 75 rokiem życia, ani tych, którzy nie będą korzystać z tych leków, które pan umieści w wykazie, bo ta zasada będzie obowiązywać tylko odnośnie do leków ujętych w wykazie.

Kryteria, które państwo zawarli w ustawie. Pan minister Łanda mówi, że te kryteria wystarczą do tego, że dla ministra jest jasne, jakie leki powinny być w wykazie, a jakie nie powinny być. Trzeba wziąć pod uwagę, że to są leki wyłącznie wyodrębnione z leków refundowanych.

Pierwsze pytanie. Dlaczego nie ma tu leków, których używają seniorzy na schorzenia związane z wiekiem, a one nie są refundowane? Proszę popatrzeć, ile tych leków związanych ze sprawami mózgowo-naczyniowymi używają pacjenci w starszym wieku, a one nie są refundowane. Wszystkie są płatne 100%. Ich tutaj nie ma. Jednak, to kryterium wyboru, nawet z tego wykazu leków refundowanych, że ma to zaspokoić potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców, o których mowa, czyli tych 75+, jest dość płynne. Jeżeli chcecie zabezpieczyć potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców, to trzeba wszystkie leki – refundowane i nierefundowane, które są przeznaczone dla ludzi w starszym wieku, często z siedmioma-dziesięcioma chorobami wieku starczego naraz...

Dostępność i bezpieczeństwo stosowania leków – to jest ozdobnik. To jest powtórzenie, bo wiadomo, że na liście leków refundowanych nie ma leków, które spełniają to kryterium.

Jedynym prawdziwym kryterium, które ma znaczenie, to jest to trzecie – skutki dla budżetu państwa oraz dla Funduszu. A ja bym chciała, żeby ustawodawca jasno ministrowi określił kryteria, wedle których z wykazu leków refundowanych będzie wybierać te, które mają być wskazane dla 75-latków. Poza tym, wskazanie na ogromnej liście refundacyjnej, zawierającej kilka tysięcy preparatów – nie wiem, czy plusem, czy „75+”, czy „S”, bo senior, a może jeszcze jakoś inaczej – tych leków, które są dla seniorów, spowoduje, że będzie nie do rozszyfrowania, przynajmniej w pierwszym etapie, nie do ogarnięcia, nie do wyłapania, które z leków państwo wskazują.

Pan minister Łanda mówi, że „chcemy uwzględnić częstość wypisywania leków” w odpowiedzi na głos pani premier Kopacz dotyczący tego, że mamy 19 – obojętne, ile – nazw preparatów przy tej samej substancji czynnej, w takiej samej ilości. Jeżeli częstość używania leku danego producenta ma decydować o tym, co będzie wskazane na tej liście dla 75-latków, to muszę powiedzieć – czysta wskazówka dla tych, którzy docierają z promocją swoich preparatów. Wskazówka dla firm farmaceutycznych. Myślę, że to nierozsądne zdanie i żadne kryterium, które powinno być brane pod uwagę. Uważam, że cokolwiek jest, to tak, żeby było korzystne dla pacjentów – nie marnotrawić pieniędzy – ale i korzystne dla budżetu, z którego będą wydatkowane te środki.

Moje pytanie. Dlaczego tylko leki refundowane, a nie te, które są poza refundacją? Dlaczego tylko lekarze rodzinni, a nie lekarze specjaliści?

À propos tego trzeciego kryterium umieszczania leku na liście wśród leków przeznaczonych dla 75-latków. W nawiązaniu do tego trzeciego kryterium jest taki ciekawy zapis, który mówi o tym, że refundacja nie może przekraczać ustalonego limitu finansowania, z zastrzeżeniem artykułów ustawy o świadczeniach, po czym, w art. 8 jest dokładnie wyliczone, jakie środki będą w kolejnych latach. Jednak jest też zapis, który mówi o tym, że pan minister wdraża wtedy mechanizm korygujący, a to znaczy, że z tego wykazu wykreśla leki. Pytanie – wedle jakich kryteriów? Ustawodawca powinien jasno wskazać, jakimi kryteriami powinien wtedy kierować się minister, skoro już nie wiadomo, jakimi kryteriami posługuje się wprowadzając lek na listę, i jakimi kryteriami posługuje się minister wyprowadzając te leki z wykazu.

A teraz pytanie – czy wyprowadza je na pewien okres? Powiedzmy, że mamy już krach wynikający z wykorzystania tych środków, jest połowa roku. Jednak w następnym roku są nowe środki. Czy te leki znowu wracają na tę listę, wracają do tego wykazu, czy już nie wracają? Czy wypadają do końca, a potem w kolejnym roku znów usuwamy następne preparaty z listy, bo, zgodnie z mechanizmem korygującym zawartym w ustawie, minister wedle niewiadomo jakich kryteriów może tego typu rzeczy czynić? Jeżeli dzisiaj pan minister nie odpowie, to kiedy już będzie po pracy w podkomisji i okaże się, że tych kryteriów nie ma, i jasnych zapisów, bardzo proszę o odpowiedź na piśmie.

Następna rzecz. Z czego wynika ustalony limit finansowania? Tu jest to sztywno zapisane, bardzo szczegółowo, na konkretny rok. Z czego wynikają te zawarte tu kwoty? Są one dość szczegółowe, do kwoty rzędu 100 tys. zł. Wedle jakich wyliczeń, i czyjego wskazania, w art. 8 umieszczono limity wydatków z budżetu państwa na rzecz seniorów do roku 2025? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, pan poseł Szczerba.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowny panie przewodniczący, panie ministrze, Wysokie Komisje, temat absolutnie ważny z punktu widzenia seniorów, starzejącego się społeczeństwa, coraz większego odsetka osób starszych w społeczeństwie i tych wszystkich problemów, o których dzisiaj rozmawiamy, szczególnie w tej grupie 75+, gdzie bardzo często mamy do czynienia z wielochorobowością i te wydatki na leki mają znaczny udział w budżetach domowych. To, że mamy do czynienia z tą grupą, z seniorami, oznacza też, że wymaga ona szczególnego wsparcia i te propozycje powinny być jak najbardziej przyjazne osobom starszym. I dlatego one nie mogą być iluzoryczne, wizerunkowe, fasadowe. Muszą być realne, bo przecież dysponujemy danymi, z których wynika, że wydatki emerytów na leki i artykuły medyczne – według GUS-u z roku 2013 – wyniosły 795 zł na osobę rocznie. To są te wydatki, które ponoszą osoby starsze także w tej grupie wiekowej – mimo, że te badania dotyczą też 60-latków. To jest realne obciążenie.

Oczywiście, musimy mówić o tym. I powiem panu ministrowi wprost, że te środki, które państwo przewidzieli w budżecie na rok 2016, są absolutnie śladowe i – jak można powiedzieć kolokwialnie – są kroplą w morzu potrzeb. Jeżeli nawet zakładamy, że ta ustawa będzie obowiązywać tylko przez trzy miesiące, a dokładnie przez 122 dni, i podzielimy kwotę, którą dysponuje budżet i liczbę osób w wieku 75+, to okaże się z podsumowania, że to oznacza wsparcie na leki dla osoby 75+ w wysokości 38 gr. dziennie. To są naprawdę bardzo małe środki. Oczywiście, optymistyczne jest to, że te środki będą się zwiększać w kolejnych latach. Kwestia bardzo ważna…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, przepraszam. Bardzo proszę o ciszę na sali.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Kwestia bardzo ważna…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, minuta. Poczekajmy aż ci, którzy mają opuścić posiedzenie Komisji, opuszczą je. Bardzo dziękuję. Proszę.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Panie przewodniczący, kwestia bardzo ważna, a zarazem niepokojąca. Zresztą pani premier Kopacz o tym wspominała. Państwo przewidzieli w tym projekcie nowelizacji ustawy tak zwany mechanizm korygujący. Co on oznacza? On oznacza po prostu to, że w sytuacji, kiedy w ramach monitoringu pan minister zauważy, iż wydatki na ten program przekroczą w kwartale 25% przewidzianego rocznego limitu, to pan minister wprowadza mechanizm korygujący. Nad tym mechanizmem korygującym ustawodawca nie ma żadnej kontroli, ponieważ w tym momencie to pan minister określa też kryteria zmiany wykazu leków, a także podejmuje decyzje, które leki z powodu przekroczenia limitu mają być wykreślane. To, oczywiście, powoduje te pytania, które już zostały sfor-

mułowane, o korygowanie terapii, o dostępność czy nawet pewną wirtualność tego projektu. I wtedy, być może, ta 75-letnia osoba, o której pan minister mówił, lub jej opiekun, będą odsyłani od okienka w aptece w sytuacji, kiedy przyjdą z receptą z oznaczeniem „S", a jednak ta recepta musiałaby być wykupiona, a nie zrealizowana bezpłatnie.

I kwestia najważniejsza – na tym chciałbym się skupić jako wiceprzewodniczący Komisji Polityki Senioralnej. To jest kwestia przyjazności rozwiązań. O tym wspominała też pani poseł Radziszewska, a także inni posłowie. Mamy dane z roku 2014. To są dane GUS-u, a także sprawozdawczość resortowa Ministra Zdrowia.

W państwowej opiece zdrowotnej, jeśli chodzi o grupę osób 65+, w roku 2014 udzielono 48,6 mln porad, w opiece specjalistycznej prawie 29 mln. Innymi słowy, Pacjent 75+ – pacjent szczególny, z wielochorobowością, który bardzo często z trudem się porusza, ma utrudniony dostęp – w przypadku tych 29 mln – odejmując grupę 65-latków – będzie odsyłany do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej bez tej recepty, po którą de facto się zgłosił. To jest rozwiązanie – moim zdaniem – skrajnie niekorzystne.

Liczę na to, że podkomisja w tej sprawie też będzie chciała zaproponować pewne rozwiązania, bo – jak mówię – osoba starsza bardzo często nie ma ani czasu, ani zdrowia na to, żeby przychodzić do lekarza rodzinnego… Bardzo często dokładnie wie, jakie schorzenia ma. Korzysta z opieki okulistycznej i chirurgicznej, i kardiologicznej, i neurologicznej, ale – jak mówię – ta wizyta, ta porada nie będzie zakończona wypisaniem recepty bezpłatnej. To jest absolutny problem. To może stanowić nie lada problem dla tej grupy wiekowej. Na tym etapie chciałbym zakończyć.

Jednocześnie, na koniec, chciałbym wrazić jedną rzecz, może bardziej polityczną. To nie jest tak, że jedynie środowisko Prawa i Sprawiedliwości w kampanii wyborczej 2015 r. przedstawiło swoje projekty dotyczące bezpłatnych leków. Chciałbym bardzo wyraźnie powiedzieć – i odesłać państwa do programów Platformy Obywatelskiej – że Platforma przedstawiła program „Bon na leki", który był szeroko dyskutowany. On odnosił się do różnych grup społecznych, nie tylko do grupy seniorów, którzy – jak powiedziałem – są grupą szczególną, ale także do osób dotkniętych niepełnosprawnością, ubóstwem i chorobami przewlekłymi, do różnych grup bez względu na wiek, które nie mogą pozwolić sobie w ramach domowych budżetów na zakup leków.

Ja rozumiem, że jedno środowisko polityczne wygrało te wybory i dzisiaj pracujemy nad „Programem 75+", co nie oznacza, że my na pewnych etapach pracy w ósmej kadencji Sejmu będziemy prezentować nasze rozwiązania, które wydają się rozwiązaniami lepszymi, obejmującymi większą grupę osób oraz opartymi na jasnym i precyzyjnym kryterium dochodowości. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Borowiak.

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, ja również chcę bardzo podziękować panu ministrowi za przedłożony projekt ustawy. Osoby po 75 roku życia od dawna czekały na takie rozwiązanie, i to rozwiązanie właśnie zaproponował im rząd Prawa i Sprawiedliwości. Czekały zwłaszcza te osoby, którym przychodziło przy aptecznym okienku decydować, czy wykupić lekarstwa, czy środki żywności, czy zapłacić rachunek.

Z toczącej się dyskusji można wysnuć jeden bardzo smutny wniosek – szkoda, że parlamentarzyści Platformy Obywatelskiej nie potrafią wznieść się ponad kwestie stricte polityczne. Nie zaproponowali państwo dobrych rozwiązań. Nie pochylili się wystarczająco nad problemami osób starszych. Dziś za wszelką cenę kontestujecie dobre rozwiązanie, szukacie mankamentów. Na siłę szukacie mankamentów, których nie ma, potwierdzając zatem, że nadal nie chcecie pochylić się nad sprawami arcyważnymi właśnie dla tej grupy społecznej, którą są seniorzy, a tym samym poprawić jakości ich życia.

Moje pytanie będzie odnosić się do tego, o co pytał pan minister Zembala, a mianowicie zjawiska polipragmazji lekowej. Panie ministrze, czy w związku z ustawą, a także w związku z tym, że lekarstwa będą wypisywać właśnie lekarze pierwszego kontaktu, a nie specjaliści, czyli nie będzie dublowania ani wypisywania recept z dwóch źródeł,

można będzie w tym upatrywać bonusu tej ustawy, a mianowicie, możliwości ograniczenia zjawiska polipragmazji lekowej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Czochara.

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

Ja również chciałam bardzo serdecznie podziękować panu ministrowi za ustawę, nad którą obecnie procedujemy. Chciałam tylko zwrócić uwagę pani poseł, której aktualnie nie ma, że jeśli chodzi o ustawę 500+, to nie było mowy o tym, że dla każdego dziecka…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, rozmawiamy o „Projekcie 75+". Proszę do rzeczy.

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

Tak, ale tutaj były poruszane kwestie ustawy 500+, i mówiła pani poseł nieprawdę. Było oczywiście mówione – dla każdego drugiego dziecka. Jeśli chodzi o pierwsze, była mowa…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, jesteśmy na posiedzeniu Komisji. Bardzo przepraszam, ja prowadzę obrady…

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

…była mowa o kryterium dochodowym…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł …

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

A jeśli chodzi o szacunek dla osób starszych, które mają powyżej 75 lat, to właśnie tą ustawą – w moim przekonaniu – jak najbardziej go okazujemy. Dla takich osób mamy bardzo duży szacunek, bo one potrzebują takiego wsparcia. Ja osobiście znam wiele osób, które otrzymują 800-900 zł emerytury i naprawdę w wielu sytuacjach zastanawiały się, co mają robić, czy pobrać przepisane lekarstwa, czy zostawić sobie te środki finansowe na opłaty czy życie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

To było pytanie pani poseł. Dziękuję bardzo. Pani poseł, bardzo proszę.

Poseł Andżelika Możdżanowska (PSL):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, Wysoka Komisjo, czy nareszcie, to się okaże. Ocenimy, ten projekt ustawy, kiedy będzie wdrożony i kiedy będzie funkcjonować.

Panie ministrze, ja trochę ubolewam nad słowami, że „nie mieliśmy czegoś takiego na myśli, może ktoś tak zrozumiał w swojej naiwności". Spróbuję to powiedzieć w poniedziałek seniorom, czy byli na tyle naiwni, że zrozumieli, że rzeczywiście będą bezpłatne leki dla seniorów. Oni naprawdę zrozumieli, że będą bezpłatne leki dla seniorów, ponieważ nie znali tego projektu, a myślę, że ten, nad którym dzisiaj procedujemy, również nie spełnia żadnych ich oczekiwań czy potrzeb. Dlatego, ocenimy go po wdrożeniu.

Ja mam obawy odnośnie do mechanizmu korygującego, więc proszę w jakiś sposób uspokoić nas, parlamentarzystów, żebyśmy także mogli uspokoić seniorów, że co trzy miesiące nie będą mieć huśtawki emocji czy zmian w zakresie wykupu czy możliwości skorzystania z tych leków, ponieważ dzisiaj, tak naprawdę, nadal nic nie wiemy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy ktoś z państwa – pań i panów posłów – zamierza jeszcze zabrać głos? Proszę podnieść rękę. Jeszcze trzy osoby… Cztery. Bardzo proszę, pani poseł. I jeszcze ja do tej listy jestem dopisany, ale… Bardzo proszę, pani poseł…

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Ja chciałam zapytać…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam, jeszcze słowo. Zamykam listę posłów zabierających głos.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Ja mam bardzo krótkie pytanie. Czy trudno jest rozróżnić bon na leki do apteki od „Programu 75+”? Bon na leki może być dla każdej grupy wiekowej, natomiast „Program 75+” jest adresowany do seniorów.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pan poseł Sośnierz, bardzo proszę.

Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):

Żałuję, że dyskusja jest stosunkowo mało merytoryczna. Miałem nadzieję, że opozycja przedstawi sensowne pomysły na uniknięcie zagrożeń. A o tych zagrożeniach mówił raczej minister. Dziękuję bardzo, to znaczy, że państwo widzą nie tylko zalety, ale i pewne zagrożenia, jakie taki projekt może za sobą nieść.

Chciałbym zwrócić uwagę na to, że w tych wyliczeniach można oczywiście manipulować liczbami i powiedzieć, że na godzinę to jest ulga 20 gr. Wszystko można tak podzielić, że będzie to karykaturalnie przedstawione. Natomiast, z tych wyliczeń coś innego wynika. Jeśli osoby w wieku 75+ dokładały do refundacji kwotę 800 mln zł, a pomoc w roku przyszłym – bo w tym roku to tylko kwartał – to około 560 mln zł, jasno widać, że będzie zrekompensowanych 70% wydatków, które do tej pory te osoby ponosiły. I państwa kombinacje, że to 2 zł, 40 gr., czy 10 gr., są po prostu manipulacjami. Realna pomoc dla osób powyżej tego wieku będzie na poziomie około 70% dotychczasowych wydatków. I mówmy o faktach, a nie kombinujmy liczbami.

Zagrożenia są gdzie indziej. O tym mówiła strona ministerialna. Szkoda, że opozycja tego nie widzi. Ja tylko zaproponuję – może jutro – żeby monitoring był nie tylko finansowy, ale i asortymentowy, ale to jeszcze uzgodnimy. Tam mogą być zagrożenia. I dziękuję jeszcze raz, że państwo to widzą. Proponuję jednak, żeby w przyszłości dyskusja była bardziej merytoryczna. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pani poseł, bardzo proszę. Przepraszam, nazwisko mi uciekło. Pani poseł Dziuk. Bardzo proszę.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Barbara Dziuk…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, mam jedno pytanie, które nasunęło mi się podczas wypowiedzi jednej z pań posłanek. Mówiono o lekarzu pierwszego kontaktu, żeby on, czy pielęgniarki, mieli możliwość wydawania recept dla osób 75+. Padł zarzut dotyczący lekarza specjalisty, ale wiadomo, że to chyba dlatego, żeby odciążyć kolejki do specjalistów. Tak mi się wydaje. Prosiłabym pan ministra o odpowiedź. To wydaje mi się logiczne i zasadne. I miałabym wielką prośbę, żeby w tej dyskusji o ustawie, która jest bardzo dobra dla seniorów i wprowadza dobry projekt w życie, było mniej polityki a więcej merytoryki. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pan poseł Miller.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie ministrze, ja panu zadałem pytanie merytoryczne, na które nie uzyskałem odpowiedzi. Zadałem panu pytanie o to, że jeżeli pacjenci będą mogli otrzymywać droższe leki za dopłatą – jak pan powiedział – to dlaczego państwo nie uwzględniają wszystkich pacjentów. Dlaczego to zapisujecie tylko dla osób 75+? To było pytanie merytoryczne. W związku z taką poprawką powinniśmy wprowadzić poprawkę do ustawy refundacyjnej, bo skoro nie będzie negatywnego skutku dla budżetu Ministerstwa Zdrowia,

powinno to objąć wszystkich pacjentów, ponieważ będzie wielki bałagan w aptekach. Na to pytanie nie uzyskałem odpowiedzi.

Natomiast, proszę państwa, mamy tu dwie kwestie. Nikt z nas nie mówi, że ta ustawa nie idzie w dobrym kierunku. Wszyscy jesteśmy zgodni. Natomiast, czym innym jest obiecywanie w wyborach i okłamywanie seniorów, że dostaną leki za darmo… Nie mówili państwo, że dostaną za darmo leki refundowane. I nie opowiadajcie, że jest inaczej, bo ja jestem lekarzem, mam częsty kontakt z pacjentami i wiem, że pacjenci oczekują na coś zupełnie innego. Proszę państwa, przedstawianie części prawdy, to jest nieprawda, a państwo tak zrobili.

Pan minister stanął dzisiaj dokładnie przed tym samym dylematem, jaki mieli pana poprzednicy – wysokość budżetu służby zdrowia. Tego pan nie przeskoczy. Jeżeli pan dzisiaj daje pieniądze na refundację na leki, chociażby tylko refundowane, to moje pytanie jest inne – skąd pan zabierze i kto nie dostanie, na jakie leczenie nie będzie tych pieniędzy, które dostaną osoby 75+. Ja nie mówię, że to jest złe, ale potrzeb w służbie zdrowia w stosunku do wysokości budżetu jest znacznie więcej. I to my, posłowie, którzy wtedy byliśmy, i państwo, o tym wiemy.

Czy pan minister – ponieważ pan jest zależny od Rady Ministrów – otrzyma więcej pieniędzy na budżet zdrowia? Proszę mnie poprawić, jeżeli mówię nieprawdę, ale mamy niecałe 6% z PKB. Z czego więc pan wyczaruje te pieniądze na choroby nowotworowe, cukrzycę? Skąd pan zabierze? Czy zabierze pan insuliny, które dotąd były za darmo? Czy zabierze pan leki, które były refundowane dla pacjentów po przeszczepach, jak państwo zrobili na wstępie swojej działalności?

I ostatnie pytanie. Czy pan dzisiaj zagwarantuje, że faktycznie ludzie w wieku 75+ nie odejdą od okienek aptecznych, bo oni biorą nie tylko leki refundowane? Proszę więc nie opowiadać, że tylko dzisiaj pacjenci odchodzą od tych okienek, bo oni nadal będą odchodzić. Ci pacjenci wydają często na leki 200-300 zł. Zatem, to nie jest pretensja do pana. Ja nie mam osobistej pretensji. To jest pretensja do propagandy, jaką państwo uprawiają, i uprawiali, bo trzeba było wcześniej powiedzieć prawdę – „proszę państwa, w naszym programie wyborczym oferujemy osobom 75+ wszystkie leki refundowane za darmo". To byłoby uczciwe, natomiast opowiadali państwo zupełnie inne rzeczy. A jeśli chodzi o bicie dzisiaj brawa, to państwo zobaczą, jak emeryci czy osoby 75+ potraktują to, co naprawdę dostaną. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Jeszcze ja zostałem na liście zadających pytania.

Panie ministrze, mam nadzieję, że pewien lapsus – chyba lapsus – który padł z pana ust, był niezamierzony, a jeśli nawet tak, to wynika wyłącznie – bez pejoratywności tego określenia, panie ministrze – z braku doświadczenia ministerialnego, a nie ze złej woli. Jeżeli pan minister dzisiaj na posiedzeniu Komisji Zdrowia stwierdza, że pierwszym krokiem do skrócenia kolejek w Polsce jest „przegonienie" trzech milionów ludzi starszych, schorowanych, 75+, od lekarza specjalisty do lekarza POZ, żeby móc odebrać receptę, to ja uznaję, że jest to pewnego rodzaju niefortunność i staram się być bardzo delikatny.

3 mln ludzi 75+, 6200 POZ-ów, przeciętnie 500 pacjentów 75+ na jeden POZ. Średnio. Ci ludzie, na podstawie tej ustawy, którą proponujecie, ci ludzie, którzy chorują i mają naprawdę bardzo poważne lata, będą musieli wrócić do lekarza POZ i tym samym wydłużyć kolejkę – też bez pejoratywności tego określenia – tylko dlatego, że pan minister mówi, że brakuje systemu informatycznego, więc specjaliści nie mogą wypisywać recept z kategorii „S".

Panie ministrze, pan minister jako wieloletni ekspert Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia – wieloletni ekspert – doskonale wie, i wie to pan również jako minister, że „widzi" pan – mówię to w cudzysłowie – każdą receptę w systemie refundacyjnym po peselu, niezależnie od tego, czy jest ona wypisana u lekarza rodzinnego, specjalisty czy u kogokolwiek innego. System to „widzi", i pan to wie.

Ja tylko apeluję o to, żeby pan nie próbował dzisiaj budować takiej narracji, że nie można pacjentom pozwolić uzyskiwać bezpłatnej recepty u specjalisty dlatego, że nie

działa system informatyczny, bo to jest kłamstwo. System NFZ-u „widzi” każdą receptę, która idzie w systemie refundacyjnym. I pan, i ja to wiemy. To nie jest uzasadnienie.

Teraz przejdę do zapisów tej ustawy. Panie ministrze, abstrahując od celu, który uznajemy za słuszny – tu chyba nie ma osoby, która by nie uznawała tego za słuszne – powiem szczerze, że dziwię się, że pan tworzy tego rodzaju przepis prawny w kategorii ustawy, bo to dla nikogo jest tak niebezpieczne jak dla pana. Napisanie w ustawie tak płynnych kryteriów, i tak płynnych zasad wprowadzania leków na listę leków bezpłatnych dla seniorów 75+, dla nikogo jest tak niebezpieczne jak dla pana, bo tylko jasne i precyzyjne kryteria w 11-miliardowym budżecie refundacyjnym gwarantują nikomu innemu tylko panu bezpieczeństwo w przyszłości. Wprowadzanie przepisów, które pozwalają na subiektywność podejmowania decyzji przez ministra, świadomie… Ja się temu dziwię, dlatego, że to nikt inny, tylko pan będzie potem rozliczany z tego, dlaczego ten a nie inny lek.

A teraz przechodzę do tych właśnie kryteriów. Jakie te leki będą wprowadzane – po cząsteczce czy nazwie handlowej, najtańsze w grupie limitowej czy z 50-procentową odpłatnością? Pan minister Łanda przed chwilą powiedział – będziemy zaczynać od tych z 30 i 50-procentową odpłatnością. A precyzyjnie – od których?

Wprowadzanie ustawy, która pozwala ministrowi na taką dowolność, jest nieefektywne dla pacjentów, ale przede wszystkim niebezpieczne dla pana, panie ministrze. I mówię to do pana jako pana kolega, były minister mówiący do aktualnego ministra.

Sztuką dobrej legislacji jest pisanie takiego prawa, które oczywiście pozwala na decyzyjność ministra, ale w ramach jasno określonych kryteriów. I to, po prostu, źle się skończy. Ja nie mówię, z punktu widzenia pacjentów, tylko z punktu widzenia prowadzenia negocjacji, które są przed państwem, bo to jest trudne, niebezpieczne, obarczone wielkim ryzykiem finansowym.

Przechodzę do precyzyjnych pytań. Mówią państwo, że leki muszą być bezpieczne i skuteczne. Zgoda. To oczywiste. Innych leków na liście refundacyjnej nie ma, a jeśli są, to ich tam nie powinno być.

To są pytania, które powinny paść. I ja wiem, że państwo dzisiaj tej listy nie mają, bo sam te listy refundacyjne tworzyłem wielokrotnie „dziesiąt” razy, i wiem, jakie to jest trudne i mozolne, ale założenia i kierunki już musicie mieć. To musicie mieć, bo po to pisaliście tę ustawę.

Ja w ramach tych pytań, które teraz zadam, nie pytam, czy taki czy inny lek. Nie pytam o cząsteczkę czy producenta. Napisaliście tę ustawę, będziecie sami mieć z tym problem – ja to wiem, i pan to wie – z negocjacją. Oczywiście, problem nie kierunkowy, tylko negocjacyjny.

Chciałbym zadać panu pytanie – mam przed sobą wykaz różnych chorób senioralnych – i prosiłbym o odwiedź. Czy pacjenci 75+ chorzy na cukrzycę, wedle założeń i planów ministra zdrowia na dzisiaj, otrzymają lek na cukrzycę w systemie bezpłatnym, czy nie? Jeden, czy kilka?

Czy chorzy na nadciśnienie tętnicze otrzymają lek w systemie bezpłatnym – mówię o pacjentach 75+ – czy nie? Jeden, czy kilka? Jeśli tak, to który w systemie refundacyjnym. Czy jest to bezpłatne, w ryczałcie?

Kolejna choroba – miażdżyca. Czy dzisiaj pacjentom z miażdżycą możemy powiedzieć, że mają gwarancję, iż po wprowadzeniu tej ustawy jeden lub kilka leków będzie w systemie bezpłatnym dla pacjentów 75+?

Osteoporoza. Będą mieć, czy nie? Jeden, czy kilka? Zwyrodnienie stawów. Będą mieć, czy nie? Jeden, czy kilka, i wedle jakich kryteriów? Choroba Parkinsona, choroba Alzheimera – ci pacjenci to ogromna grupa bardzo chorych starszych ludzi. Czy dzisiaj może pan powiedzieć, że ci pacjenci 75+, którzy chorują na Alzheimera, będą mieć lek, czy nie? Jeden, czy kilka, i wedle jakich kryteriów?

Depresja i nowotwory. Czy pacjenci 75+ z chorobą nowotworową będą mieć leki w systemie bezpłatnym, czy nie? Jeśli tak, to jeden, czy kilka? I pytanie kluczowe – na które nowotwory, bo oczywiście obaj wiemy, że są leki stosowane w onkologii w wielu nowotworach, ale są też leki bardzo precyzyjnie stosowane w określonych chorobach nowotworowych. Oczywiście, ja wiem o wszystkich mechanizmach refundacyjnych – nie chcę

pana zanudzać tymi pytaniami i nie chcę też wprowadzać niepotrzebnego zamętu. I nie są to pytania polityczne. To są pytania merytoryczne.

Kończąc zadawanie tego pytania wracam właściwie do początku. Jeśli nie poprawicie tej ustawy w kryteriach kwalifikacji i puścicie to na takiej zasadzie legislacyjnej, na jakiej jest dzisiaj, to będzie wam to bardzo trudno wytłumaczyć, zarówno pacjentom, jak i lekarzom i producentom… I mam nadzieję, że na tym kończy się ta lista, komu to trzeba będzie wytłumaczyć. Oczywiście, tego życzę, żeby kończyła się w tym miejscu.

Ta ustawa w tym miejscu jest bardzo nieprecyzyjna i w pewnym momencie daje bardzo dużą decyzyjność ministrowi, co oczywiście w momencie pełnienia tej funkcji jest może nie tyle wygodne, ile bardzo ułatwiające pracę. Jednak w konsekwencji różnych decyzji, na które rynek będzie reagować – to oczywiste – będą pojawiać się pytania, dlaczego ten, a nie inny lek, dlaczego ten jest, a tamtego nie ma.

Panie ministrze, staram się nie być polityczny w tym pytaniu i nie mówię tu o obietnicach wyborczych – to koleżanki i koledzy już podnosili. Ja o tym mówić nie będę. Ważne jest to, żeby podejmując się tak trudnego projektu, jakim są bezpłatne leki dla osób 75+, stworzyć taki przepis, który uwiarygodni ten projekt w oczach pacjentów i w pewien sposób zabezpieczy podejmowanie decyzji w resorcie zdrowia. Nie jest bowiem tak, że ministrem jest się wiecznie. Proszę mi wierzyć, czasem przestaje się nim być, a potem trzeba ponosić odpowiedzialność za podejmowane przez siebie decyzje. Bardzo dziękuję.

Pan poseł Latos, mimo że zamykałem już dyskusję. Bardzo proszę.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja krótko, bo rozumiem, że pan minister odpowie szczegółowo na pytania. Ja tylko w jednej sprawie, bo nie chcę wyręczać pana ministra. Ponieważ to ja wspomniałem o informatyzacji, w tym kontekście pozwalam sobie do tego się odnieść.

Otóż, panie przewodniczący, tak się składa, że gdyby ten system dobrze działał, gdyby wszystko było jasne i proste, to by nie było tych historii, o których mówimy, z którymi my wszyscy, lekarze będący członkami Komisji, wielokrotnie się spotykaliśmy, że pacjentom jednak przepisuje się leki często wzajemnie się wykluczające, które są dla siebie antagonistami... Trudno mi ocenić, jak często, ale tak bywa, również z tego powodu. I to miałem na myśli. A gdyby to wszystko było tak jasne…

Oczywiście, ma pan rację, że Narodowy Fundusz Zdrowia po jakimś czasie dochodzi do tego po peselu, wszystkiego może dociec, może zrobić kontrolę u takiego czy innego lekarza i to wszystko wyjaśnić, ale my mówimy o pewnej informacji, która jest prawie online, bo to jest potrzebne w bieżącym funkcjonowaniu, kiedy pacjent był w jednym gabinecie, a po jakimś czasie trafił do innego. Pan doskonale wie, że dotąd to nie funkcjonuje. To pan doskonale wie. Zresztą, gdyby to wszystko funkcjonowało, to i te problemy, które miał pan czy pana następca, z wywożeniem leków, też byłyby dużo łatwiejsze do opanowania, gdybyśmy online wiedzieli, co, komu wypisano, jak odbyła się dystrybucja i jaki był dostęp do danego leku. To tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, panie ministrze.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, panie przewodniczący. Pierwsza zadawała pytania pani marszałek Radziszewska. Tutaj był ponownie komentarz na temat tego, czy kogoś oszukujemy mówiąc najpierw, że wszystkie, a potem że nie wszystkie… Już nie chcę wracać do tego, co było mówione i gdzie, ale chciałbym jednak zwrócić uwagę na to, że Polacy swój rozum mają. Ktoś tu mówił – to pani poseł Możdżanowska coś mówiła – że ludzie nie zrozumieli, czy zrozumieją. Otóż, oni doskonale rozumieją, ponieważ dyskusja na temat projektu ustawy, która jest poddawana procedurze uzgodnień zewnętrznych, trwa od wielu tygodni, „przewaliła" się także przez media. Media doskonale informowały o tym, że nie wszystkie leki. W pierwszej wersji te media mówiły nawet, że nie wszyscy seniorzy, co dementowaliśmy. Moim zdaniem, wszyscy już wszystko doskonale wiedzą. I mimo to – CBOS badał opinię publiczną w ostatnich dniach – 94% osób popiera tę ustawę. Proszę państwa, to nie jest 94% beneficjentów – na to też zwracam uwagę – bo to nie była próbka wśród seniorów,

tylko to była próbka reprezentatywna dla społeczeństwa. A zatem także ci, którzy nigdy beneficjentami tej ustawy nie zostaną, oceniają ją pozytywnie.

Podobnie zresztą, jak wspomniana tutaj przez któregoś z posłów… A nie, pani marszałek Radziszewska też mówiła o ustawie 500+. Kiedy już o niej wszystko wiadomo – że to będzie pierwsze dziecko, pod warunkiem spełnienia kryteriów, ale już wszystkie drugie – to ponad 80% ludzi też pozytywnie ocenia to rozwiązanie. I też z całą pewnością nie dotyczy to wszystkich osób, ponieważ nie wszyscy mają dzieci, i nie wszyscy staną się beneficjentami tych ustaw. Myślę więc, że Polacy mają swój rozum – słuchają, rozumieją, wiedzą, o co chodzi – i wbrew pozorom oceniają to pozytywnie, czego są namacalne dowody w ostatnich dniach.

Pani marszałek wkłada w moje usta cytat, który z całą pewnością nie był przeze mnie wypowiedziany, a następnie pan przewodniczący rozwija tę myśl i polemizuje z tym. Otóż, pani marszałek twierdzi, że pacjenci nie będą odchodzić z kwitkiem z apteki… Nie wiem. Ja stwierdziłem jedno, że pacjenci odchodzą z kwitkiem z apteki, i że to jest nasz wspólny problem. A z tym naprawdę trudno polemizować, ponieważ są dowody na to.

Wiadomo, że tak jest, i chcemy tym problemem zarządzać. Czy nam się uda od razu, że rzeczywiście nikt już nie będzie mieć problemu z wykupieniem leku? Pewnie nie, ale z całą pewnością pierwszą grupą, za którą w tej chwili się bierzemy, jest grupa ludzi w wieku podeszłym ze względu na wynikający z konstytucji nasz obowiązek w stosunku do nich. Chcemy, aby jak najmniej ludzi odchodziło z kwitkiem z apteki. Jeśli uda się to, że nikt nie odejdzie z kwitkiem z apteki, to będzie wspaniale, ale na pewno w ostatnich latach nie zrobiono wiele, aby ci ludzie z apteki z kwitkiem nie dochodzili.

Pani marszałek mówi o przymuszaniu – to też powtórzył pan przewodniczący mówiąc o „przeganianiu" ludzi od specjalisty do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Proszę państwa, ci ludzie, którzy dzisiaj chodzą do specjalistów, otrzymują recepty na takich warunkach, że mogą je w każdej chwili zrealizować w aptece. Mogli, i będą mogli. Jeśli ktoś będzie chciał skorzystać z ulgi, jaką daje ta ustawa, to będzie musiał pomyśleć o tym, czy to mu się opłaca – na przykład, dodatkowa wyprawa do lekarza POZ – lub przy następnej wizycie zastanowi się, czy wybierać się do specjalisty w AOS czy pozostać u swojego lekarza rodzinnego.

Przy okazji, chcę zwrócić uwagę na to, że już od dawna obowiązuje zasada – bo pan przewodniczący wspomniał, że to wydłuży kolejkę do lekarzy rodzinnych… Proszę państwa, przecież obowiązują przepisy. I pan minister wie o tym dobrze, że obowiązuje przepis, że można recepty wystawić bez wizyty u lekarza… Właśnie, sam pan przewodniczący go wprowadził. Przypominam o tym, że jeśli lekarz specjalista będzie zalecać jakiś lek pacjentowi choremu przewlekle, to nie ma potrzeby ustawiać się w kolejce na wizytę do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, tylko można skorzystać z tej opcji, jaką wprowadził właśnie pan minister Arłukowicz, czyli zgłosić się do placówki POZ i poprosić o wystawienie recepty zaocznie… Nie pierwszy raz. Kto mówił o pierwszym razie? Przepraszam bardzo, słuchajmy się wzajemnie, panie przewodniczący. Ja mówiłem o tych osobach, które wielokrotnie zgłaszają się do lekarzy specjalistów praktycznie tylko po to, żeby dostać kolejną receptę. I powtarzam to. Jeśli ktoś tego nie zauważył, to powtarzam. Może to moja wina, że nie dość wyraźnie to wypowiedziałem, ale naprawdę mogę to tylko powtórzyć.

Pani marszałek Radziszewska z przykrością słucha o tym właśnie przymuszaniu pacjentów do korzystania raczej z lekarza rodzinnego niż lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Po pierwsze – jeszcze raz powtarzam – nikt nikogo do niczego nie przymusza ani nie „przegania", tylko zachęca. Jeszcze raz powtarzam, że to nie jest główny cel tej ustawy, ale przy okazji być może uda się taki efekt uzyskać, przynajmniej w stosunku do niektórych osób. I z całą pewnością, jeżeli ktoś z przykrością słucha tego, że chcemy wpływać na zachowania pacjentów, aby raczej byli pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który, zgodnie z wszelkimi danymi Światowej Organizacji Zdrowia i wszystkich ekspertów, powinien zaopatrywać ponad 80% potrzeb zdrowotnych pacjenta, to – przepraszam – nie do końca rozumiem, gdzie my jesteśmy, bo to są fundamenty organizacji ochrony zdrowia, tak zwanej piramidy potrzeb. Piramidy korzystania z opieki zdrowotnej, która w Polsce jest zaburzona, ponieważ ci, którzy są lekarzami,

wiedzą dobrze, że wielu pacjentów w Polsce zachowuje się tak: boli mnie w klatce piersiowej – do kardiologa, boli mnie kolano – do ortopedy, boli mnie głowa – potrzebny neurolog, podczas gdy oczywiście tak nie jest. W bardzo wielu przypadkach to właśnie lekarz rodzinny powinien być tym, do którego powinien taki pacjent chodzić. I jeśli chodzi do kogoś innego, bo jest przyzwyczajony złą organizacją systemu – a tak na pewno jest od wielu lat – to próba wpływania na zachowania pacjentów w tym zakresie, także na tych starszych pacjentów, których jest najwięcej w systemie, oczywiście nie może być oceniana negatywnie. Przeciwnie – właśnie o to chodzi.

Pani marszałek mówiła o tym, żeby na liście „S" – to dość rewolucyjny pomysł – znalazły się także leki nierefundowane. Wśród nich wymieniła, na przykład, leki naczyniowo-mózgowe. Rozumiem, że chodzi prawdopodobnie o leki tak zwane nootropowe, czyli leki o bardzo słabo udokumentowanej skuteczności, powiedziałbym, na granicy efektu placebo. I oczywiście, odpowiadam – z całą pewnością te leki na tej liście „S" się nie znajdą, dlatego, że już wcześniej mój poprzednik, czy poprzednicy, nie uznali, żeby te leki spełniały kryteria – to à propos tych kryteriów miękkich – takie, jak rekomendacja prezesa Agencji, istotność stanu klinicznego, którego dotyczy wniosek o objęcie refundacją, skuteczność kliniczna i praktyczna, bezpieczeństwo stosowania, relacja korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania, stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych itd.

Proszę państwa, wszystkie leki, które będą na liście „S", muszą spełnić, po pierwsze, wszystkie kryteria zawarte w art. 12 ustawy refundacyjnej. I to nie są kryteria płynne, panie przewodniczący… To jest nakładka na tamte kryteria. Przede wszystkim muszą być spełnione te kryteria. I leki, o których wspomina pani marszałek, tych kryteriów nie spełniły, i dlatego nie są na liście refundacyjnej, i dlatego też nie znajdą się na liście „S". To, że ludzie je przyjmują, a lekarze zalecają, to jeszcze nie jest wystarczający powód do tego, żeby uznać, że powinniśmy te leki finansować ze środków publicznych.

Pani marszałek powiedziała – zacytuję – że należałoby objąć tą dopłatą czy bezpłatnością wszystkie leki. Nie komentuję tego… Nie, to był postulat pani marszałek, żeby leki nierefundowane, wszystkie, objąć tym… Niestety, nie tylko nie jesteśmy w stanie, ale też ja nie jestem skłonny…

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Panie ministrze, pan mnie źle zrozumiał…

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

…rekomendować takiego rozwiązania. Zdecydowanie nie będę rekomendować nigdy, także w przyszłości, żeby wszystkie leki objąć bezpłatnością. To by dopiero spowodowało wiele szkód, między innymi takich, jak choćby nadkonsumpcja leków, która jest po prostu szkodliwa, a zwłaszcza tych leków, które nie są zalecone przez lekarza, bo jeśli wszystkie, to wszystkie, także te ze stacji benzynowej.

Pani marszałek wątpiła w to, czy zastanawiała się, jakie kryteria w przypadku zastosowania mechanizmu korygującego będziemy stosować, aby skreślić lek z listy „S", ewentualnie pytanie – czy taki lek mógłby wrócić na tę listę „S". Odpowiedź jest dość oczywista. Będziemy stosować te same kryteria, jakie są wpisane do ustawy… Nie żadne, tylko kryteria skuteczności, bezpieczeństwa i konieczności zmieszczenia się w budżecie. To są te kryteria, którymi będziemy się kierować tak, żeby to się udało. Wydaje się więc, że mogą wrócić na to miejsce, jeśli sytuacja będzie się zmieniać w przyszłości.

Czy wobec tego może się zdarzyć – to pan poseł Szczerba zadawał pytanie – że pacjent z receptą, na której będzie napisane „S", w aptece dowie się, że lek nie jest na liście „S"? Oczywiście, może się tak zdarzyć, tak jak pod rządami ustawy refundacyjnej zdarzyć się może dzisiaj, że lekarz wystawił na recepcie „R" – ryczałt, a w międzyczasie lek został zakwalifikowany na listę 30% albo bezpłatnie, albo w każdą inną stronę. Takie są reguły. Tej reguły nie zmieniamy. Ta reguła – przypominam – obowiązuje od 2011 r. pod rządami ustawy refundacyjnej. Nie ma więc tu nic nowego. I potwierdzam – może tak się zdarzyć, ale prawdę mówiąc, nie wiem, czy to jest dobrze, czy źle. Po prostu potwierdzam, że taka sytuacja może się zdarzyć.

Pani marszałek Radziszewska również zastanawiała się, w jaki sposób doszło do tego, że ta reguła wydatkowa została tak sztywno zapisana w ustawie. Informuję więc, że wynika to wprost z obowiązku nakładanego na nas przez ustawę o finansach publicznych i właściwie nic więcej tutaj dodać się nie da. Rzeczywiście to tak ma wyglądać, ile w kolejnych latach wydajemy pieniędzy.

Pan poseł Szczerba zastosował nowatorskie podejście, które jeszcze rozszerzył – i dziękuję bardzo panu przewodniczącemu Sośnierzowi za doprowadzenie tego ad absurdum – że można liczyć średnią na dzień. A można jeszcze na godzinę, a nawet na sekundę i wtedy okaże się, że jakaś część grosza tym osobom się należy. Zatem, proszę państwa, dziękuję za wyjaśnienie pana przewodniczącego Sośnierza, bo naprawdę, to nie wypada… To troszkę żartobliwie wygląda.

Panu przewodniczącemu Szczerbie chciałbym przypomnieć, że skrót POZ rozpracowujemy w następujący sposób – podstawowa opieka zdrowotna, a nie państwowa opieka zdrowotna. Użył pan dwukrotnie tego określenia, co pozwala mi wątpić w to – przepraszam, że tak powiem – czy jest pan ekspertem w tej sprawie, o której pan mówił, ale może jest to tylko moje wątpienie. Przepraszam bardzo z góry, jeśli uraziłem pana, ale rzeczywiście liczby, które pan przytoczył odnośnie do liczby porad w AOS i POZ – to są te skróty, którymi w służbie zdrowia się często posługujemy – się zgadzają. Zwracam jednak uwagę na to jeszcze raz, że pacjent nie będzie odsyłany od lekarza specjalisty. Jeżeli lekarz specjalista, do którego pacjent się zgłosi, wystawi mu receptę, to tę receptę pacjent może realizować. Nigdzie nie będzie odsyłany – pan użył takiego określenia. Pacjent, po prostu, sam może się odesłać w tym sensie, że gdy się dowie, że ten lek mógłby dostać bezpłatnie, to może się wybrać do podstawowej opieki zdrowotnej. I to jest jego prawo, a nie obowiązek. Nie będzie przymuszany, „przeganiany" ani odsyłany. Natomiast, rzeczywiście staramy się przy okazji… Inaczej – mamy nadzieję, że przy okazji te przyzwyczajenia pacjentów troszkę będą się zmieniać. Powtarzam to kolejny raz.

Jednocześnie bardzo panu przewodniczącemu dziękuję za deklarację dalszej pracy nad obejmowaniem kolejnych grup podobnymi beneficjami jeśli chodzi o dostęp do leków – rozumiem, że odnośnie do tej pierwszej głosuje pan za – bo rzeczywiście mamy poważny problem nie tylko w tej grupie pacjentów. Także w innych grupach pacjentów są ludzie, którzy mają problem z wykupieniem leków.

Pani poseł Borowiak dziękuję za wspomnienie jeszcze raz o problemie polipragmazji. I znowu – ustawa nie ma tego celu. To nie jest celem tej ustawy, ale przy okazji wydaje się, że być może będzie można liczyć na uzyskanie jakiegoś efektu poprzez to, że więcej pacjentów będzie chętnych do tego, żeby, jeśli chodzi o recepty, korzystać z jednego lekarza, jakim jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. A jeśli ten lekarz zobaczy długą listę różnych propozycji od różnych lekarzy specjalistów, to zweryfikuje ją i przynajmniej część z tych leków skreśli, bo mogą się okazać dla tej sparszej osoby bardziej szkodliwe niż pożyteczne. Taka jest rola lekarza koordynatora, jakim jest właśnie lekarz rodzinny.

Pani poseł Czocharze dziękuję bardzo za wspomnienie o problemie biedy. To naprawdę jest rzeczywiste zjawisko, do którego staramy się adresować ten projekt.

Pani poseł Możdżanowska mówiła o mechanizmie korygującym. Zwracam uwagę również na to, że w ustawie nigdzie nie jest napisane, że on będzie mógł być stosowany tak często, ale według zasad, które obowiązują, tak to ma być. My z jednej strony dbamy o pacjentów, a z drugiej strony, musimy się poruszać w ramach dotyczących finansów publicznych.

Pani poseł Kaczorowska zwróciła uwagę na to… Przepraszam, jeszcze pani poseł Możdżanowska mówiła… Nie, chyba źle to przypisałem, bo pan poseł Szczerba wspominał też o bonie na leki… Nie, to jednak pani poseł Kaczorowska wspomniała o tym.

Proszę państwa, powiem tak. Każdy pomysł na to, żeby zwiększyć dostępność do leków jest oczywiście dobry. Będziemy rozważać różne, natomiast, jeśli chodzi o bon na leki, to zwracam uwagę na to, że generalnie jest to rozwiązanie, które trzeba stosować z pewną ostrożnością, ponieważ bon ma to do siebie, że ma jakieś ograniczenie. To znaczy, on jest do jakiejś kwoty. Pytanie, co potem, kiedy ktoś wykorzysta to, co zostanie zapisane w tym bonie.

Bardzo dziękuję pani poseł Dziuk, która nawoływała do merytorycznej dyskusji. Staram się być merytoryczny. Natomiast, zaskoczył mnie pan poseł Miller, który powiedział, że prawo do żądania wydania droższego leku powinno przysługiwać wszystkim. Pana postulat, panie pośle, panie doktorze, jest spełniony. My nowelizujemy w tej ustawie art. 44 ustawy refundacyjnej właśnie w tym kierunku. To jest dodatek do „75+", a nie element „75+". Ja mówiłem zresztą na początku, że jest kilka obszarów. Główny, to jest „75+", i on dotyczy osób starszych, a ten dotyczy wszystkich osób. Tak więc, panie pośle, tutaj nie ma między nami żadnej różnicy zdań. Będzie dokładnie tak, jak pan powiedział, czyli, że każdy pacjent, który zażąda droższego leku w aptece, pod warunkiem, że będzie poinformowany o istnieniu opcji tańszej, ma prawo żądać droższego leku, zamiennika.

Wspomniał pan również o budżecie, i pytał pan, komu zabierzemy, żeby dać na te leki. Powtarzam więc jeszcze raz – to zresztą jest tutaj wyraźnie powiedziane – mówimy nie o środkach z Narodowego Funduszu Zdrowia, tylko o środkach z budżetu państwa. Oczywiście, budżet państwa to też skończona liczba, ale mówimy – dokładnie tak, jak pan się tego domagał – o zwiększeniu nakładów na system ochrony zdrowia. To są pieniądze dodane do systemu ochrony zdrowia z budżetu państwa. One nie są przedmiotem konkurencji między onkologią czy innymi obszarami, jak pan mówił. To są dodatkowe pieniądze.

I wreszcie pan przewodniczący Arłukowicz. Już komentowałem tę kwestię. Panie przewodniczący, panie ministrze, faktycznie doświadczenie w zakresie bycia na Miodowej mam krótsze, bo dopiero minęło 100 dni, ale jakoś nie do końca rozumiem, dlaczego pan tak skrytykował to, że zauważam, iż może być… To nie jest ustawa antykolejkowa, tylko to jest ustawa, przy której istnieje szansa, że być może uzyskamy efekt – cały czas zastrzegam, że być może – w postaci zmiany obyczajów korzystania z lekarzy specjalistów i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, i że w związku z tym pacjenci, być może, przy okazji tego zadania, które oczywiście jest nakierowane na coś innego – na pomoc w dostępie do leków – zmienią swoje przyzwyczajenia, nie zwiększając – co podkreślam mocno – kolejki do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ można z niego korzystać zupełnie inaczej.

Mówił pan również o tym, że system informatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia świetnie umożliwia kontrolę recept. To, niestety, nie jest do końca prawda. Ten system pozwala obserwować, co się dzieje, natomiast, z kontrolą nie jest już tak łatwo. Nie chcę wchodzić w szczegóły, ale, jeśli mówiłem o zaległościach w rozwijaniu systemu informatycznego, to myślę, że nie robiłby pan tego systemu przez lata swego ministrowania, gdyby nie widział pan jego zalet… To znaczy, nie starałby się pan robić, bo niestety, nic z tego nie wyszło, ale… Może miał pan za słabych ekspertów.

Odnośnie do tych płynnych kryteriów, jeszcze raz odsyłam do art. 12 ustawy refundacyjnej. Panie przewodniczący, jeszcze raz powtarzam – decyzja o umieszczeniu leku na liście „S" jest tylko nakładką na bardzo rozbudowaną, długą, 13-punktową listę kryteriów zaliczania leku na listę leków refundowanych. A tu już mówił o tym pan minister Łanda, że na przykład, skuteczność i bezpieczeństwo leku dla osób starszych jest czymś innym niż skuteczność i bezpieczeństwo leku w ogóle. To – można powiedzieć – jest bardzo podobne kryterium, ale stosowane w stosunku do osób starszych. To jest jasne, i wydaje się, że to kryterium jest zupełnie wystarczające jako dodatkowe kryterium do tego, żeby leki oceniać.

Odnośnie do długiej listy chorób, które pan wymienił, a które mogą zdarzyć się wśród osób starszych, to chciałbym zwrócić uwagę na to, że znaczna część leków stosowanych w niektórych chorobach, które pan wymienił, takich jak cukrzyca, osteoporoza, nowotwory, to i tak jest już bezpłatna, więc… Właśnie dziwię się, że pan wymieniał tę listę w taki sposób… Mamy leki bezpłatne, tylko nie dla osób starszych, ale w ogóle. Tak, oczywiście. My nie twierdzimy, że jesteśmy odkrywcami Ameryki, jeżeli chodzi o leki i ich cenę, ale faktem jest również – przytaczam te dane jeszcze raz – że jesteśmy, niestety, na czele wszystkich krajów europejskich, jeśli chodzi o poziom odpłatności za leki. Mimo tego, że niektóre leki są bezpłatne, to ogólnie rzecz biorąc, dopłaty do leków są ekstremalnie wysokie i trzeba coś z tym robić, i robimy.

Ostrzegając nas przed tymi – jak pan mówi – płynnymi kryteriami, wymieniał pan kilka rzeczy, po czym uśmiechnął się pan i ja odebrałem to jako sugestię, że nie tylko pacjenci, lekarze i posłowie mogliby się tym interesować, ale jeszcze ktoś. Nie wiem, co pan miał na myśli, ale przy okazji chciałbym poinformować, że jest już zorganizowana współpraca z Centralnym Biurem Antykorupcyjnym, które roztoczyło tak zwaną tarczę antykorupcyjną nad naszymi działaniami, więc mam nadzieję, że na liście krytyków tego, jak stosujemy te płynne kryteria – płynne w cudzysłowie, tak jak pan powiedział – nie znajdą się instytucje trzyliterowe. I to chyba była ostatnia pana uwaga. Tak więc, dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Panie ministrze, w moich wypowiedziach nigdy nie ma żadnej sugestii. Pan doskonale o tym wie. Znamy się wiele lat i współpracowaliśmy na różnych polach. Jest zawsze dokładnie tylko to, co chcę powiedzieć, i kropka. Nic więcej. Staram się być zawsze precyzyjny i z reguły w dyskusjach publicznych zadaję pytania tylko takie, na które znam odpowiedzi.

Udzielam głosu gościom, z zastrzeżeniem, drodzy państwo – i prośba o uszanowanie tej opinii – żeby te pytania nie przekraczały zakresu czasowego minuty, dlatego, że minister będzie chciał się jeszcze … Drodzy państwo, proszę o ciszę. Proszę o zawężenie wypowiedzi do minuty, dlatego, że salę mamy do godziny 16.00, pan minister na pewno będzie chciał się ustosunkować do zadanych pytań i mamy jeszcze wybrać podkomisję, która musi się ukonstytuować. W związku z tym, będę narzucać taką dyscyplinę czasową.

Proszę bardzo gości o zgłaszanie się. Lista posłów w tej chwili została zamknięta. Proszę o bardzo precyzyjne przedstawianie się.

Bardzo proszę o precyzyjne przedstawienie się, kogo pani reprezentuję. Oddaję pani głos.

Prawnik Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA Paulina Kieszkowska-Knapik:

Dzień dobry państwu. Paulina Kieszkowska-Knapik. Jestem ekspertem INFARMA, adwokatem. Chciałabym zadać bardzo konkretne pytanie praktyczne, dotyczące tej nakładki, o której pan minister mówił, czyli dodania tego statusu „S" do obecnych decyzji.

Ja rozumiem, że to ma wyglądać w ten sposób, że w wykazie leków refundowanych będzie po prostu dodatkowa kolumna, że dany lek ma rozszerzenie „S". Jednak, praktycznie, proceduralnie, to musi się w jakimś trybie zdarzyć. Ponieważ ustawa refundacyjna – co, niestety, jest jej błędem – nie zawiera procedury zmiany decyzji, moje pytanie do panów jest więc takie, czy zamierzacie robić to poprzez procedurę zmiany z k.p.a. art. 155, gdzie – uwaga! – nie ma żadnych trybów negocjacyjnych, bo to jest procedura goła, z ogólnych przepisów, czy też nie należałoby rozważyć jakiegoś przepisu przejściowego w ustawie, który by mówił, w jakim trybie, czy na wniosek, czy z urzędu. Jak państwo chcą ten obecny rejestr przepuścić przez to kryterium, żeby wiadomo było, które leki na tym wykazie „S" się znajdą? To jest bardzo ważna rzecz proceduralnie, ponieważ jeśli państwo chcą zamknąć ten proces do września, to trzeba sobie odpowiedzieć na pytanie, jak ma się to zdarzyć. I również musi być zachowane równouprawnienie wszystkich firm, które są w wykazie, czego wymaga również dyrektywa przejrzystości.

Zatem, pytanie proceduralne – czy państwo mają już odpowiedź, jak to ma wyglądać. Czy to ma być art. 155 k.p.a., czy też zamierzacie zrobić jakiś przepis przejściowy, który by to rozwiązał?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Kto z państwa gości zamierza jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę, pani. Zapraszam do głosu,. Proszę o przedstawienie się. I potem pan, z prośbą o przedstawienie się.

Ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie" Joanna Zabielska-Cieciuch:

Joanna Zabielska-Cieciuch, Federacja „Porozumienie Zielonogórskie". Chciałabym prosić pana ministra o doprecyzowanie sformułowania „ukończone 75 lat". Z czego to wynika? Kilka miesięcy kosztowało nas wyjaśnienie z Narodowym Funduszem Zdrowia, co to jest „ukończone 65 lat". Prosimy o konkretną informację, bo rozumiem, że „ukończone 75

lat" oznacza, że pacjent w dniu urodzin nie może jeszcze otrzymać takiej recepty, natomiast może następnego dnia po dniu urodzin.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Jeszcze pan się zgłaszał. Bardzo proszę przedstawić się.

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Farmaceutów „PERSPEKTYWA 2030" Marek Malinowski:

Dzień dobry. Marek Malinowski. Reprezentuję Ogólnopolskie Stowarzyszenie Farmaceutów „PERSPEKTYWA 2030".

Mam pytanie. Ponieważ słyszymy o uprawnieniach lekarzy POZ, rodzinnych i pielęgniarek do wypisywania na odpowiednich receptach leku z odpowiednią dopłatą, moje pytanie jest następujące. Czy w perspektywie czasowej widzą państwo uwzględnienie grupy farmaceutów – którzy zresztą, w ocenie Ministerstwa Zdrowia, wkrótce uzyskają uprawnienia do wypisywania recept, także recept refundowanych – do wypisywania również określonych leków jako leków bezpłatnych dla pacjentów 75+? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy ktoś z państwa jeszcze? Nie widzę zgłoszeń. Zamykam listę zadających pytania. Panie ministrze, bardzo proszę, jeśli pan zechce odnieść się do zadanych pytań.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, panie przewodniczący. Prosiłbym, żeby na pytanie pani mecenas Kieszkowskiej-Knapik, dotyczące kryterium zaliczania do listy leków, mogła odpowiedzieć pani dyrektor Ewa Warmińska z Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, pani dyrektor.

Pracownik Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji MZ Ewa Warmińska:

Należy zwrócić uwagę na to, że ustawa nie przewiduje decyzji refundacyjnych tak, jak jest w przypadku obecnie wydawanych i umieszczanych w obwieszczeniu refundacyjnym. Tutaj, tak naprawdę, będzie tylko wprowadzanie tych leków, w związku z czym nie będzie wymagać takiej procedury… A kryteria, na których będziemy się opierać, to są te z ustawy, które zostały już wcześniej wskazane przez Ministra Zdrowia.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam bardzo, pani dyrektor, to ja mam teraz wątpliwości. Czy to znaczy, że to nie będzie decyzja administracyjna? Przepraszam. A co to będzie?

Pracownik Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji MZ Ewa Warmińska:

Będzie dodatkowo obwieszczenie, a leki mają te decyzje już wcześniej wydane w stosunku do pierwszego obwieszczenia… Dlatego, że leki, które będą w tym dodatkowym wykazie dla osób 75+, są już objęte decyzjami... Tak. Dlatego w tym zakresie nie będziemy dla tych produktów wydawać nowych decyzji. One zostaną dodatkowo umieszczone na dodatkowej zakładce, gdzie będą leki dla tych osób.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani dyrektor, przepraszam, że z panią rozpocząłem dyskusję – to chyba nie jest dobre miejsce, bo pewnie podkomisja jest forum do takich szczegółowych dyskusji – ale lek otrzymuje decyzję administracyjną w zakresie refundacji na określonym poziomie – ryczałt, 30%, 50%, bezpłatnie. Producent tego leku ma świadomość, że dostał taką decyzję od resortu. I co teraz? Skąd on się dowie, że… To znaczy, jaką ma szansę negocjacyjną. Czy będzie otrzymywać decyzję? Jak on się dowie, że ten lek stał się bezpłatny?

I jeszcze nie padła odpowiedź na jedno pytanie, panie ministrze – czy cząsteczka, czy produkt handlowy. Nazwa handlowa, słyszę od pana ministra Łandy. Po nazwie handlowej…

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Panie ministrze, panie przewodniczący, jeśli można, ponieważ pytanie ma charakter niezwykle precyzyjny, techniczno-prawny, to proponuję, że odpowiemy na nie na piśmie. Dobrze?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dobrze, bo to jest dość ważna sprawa, która mnie bardzo zaniepokoiła, ale może niesłusznie. Nie „czepiam" się. Jeśli decyzja refundacyjna idzie na określony poziom odpłatności, to rozumiem, że ten producent będzie się tego dowiadywać z obwieszczenia. Dobrze, poproszę na piśmie…

Pracownik Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji MZ Ewa Warmińska:

Chciałabym wskazać, że w tym momencie umieszczamy w wykazie leki, które wyjeżdżają za granicę i nie jest dla nich wydawana żadna decyzja administracyjna. Po prostu, tylko je tam umieszczamy. Analogicznie będzie wyglądać sytuacja w przypadku leków dla osób 75+.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Tylko, że to jest zapisane w ustawie, pani dyrektor, że leki umieszczamy…

Pracownik Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji MZ Ewa Warmińska:

To również jest.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

W tej ustawie, że umieszczamy… Dobrze. Forum Komisji nie jest do tak szczegółowej dyskusji. Zaczynam mieć wątpliwości po pani pytaniu, jak to będzie wyglądać…

Prawnik Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA Paulina Kieszkowska-Knapik:

Jeśli mogę dodać tylko jedno zdanie, tu jest jednak duża różnica, ponieważ to, czy lek będzie bezpłatny, czy nie, ma wpływ na cały jego status refundacyjny. Proszę zważyć, że on szybciej osiągnie 15% obrotu. Wydaje się więc, że z punktu widzenia dyrektywy przejrzystości, powinni to państwo robić przynajmniej zmianą decyzji. Proceduralnie, k.p.a. Na to jest ogólny przepis. Można byłoby zrobić specyficzny przepis przejściowy, że producent, na przykład, powie, czy w ogóle jest w stanie… Na to był taki przepis, kiedy wchodziła ustawa refundacyjna, jak stare leki wchodziły na nowy status. Proszę więc to rozważyć, bo to jest ważna rzecz z punktu widzenia dyrektywy przejrzystości.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pani dyrektor, rozumiem, że te wyjaśnienia złożą państwo na piśmie. Czy pan minister chce jeszcze odnieść się do pytań zadawanych przez gości?

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Tak, bo było pytanie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

…o datę, od której uznaje się 75 lat. Pani mecenas Anna Miszczak z Departamentu Prawnego udzieli odpowiedzi, jeśli pan przewodniczący pozwoli. Zaskoczony jestem tym pytaniem, ale może jest zasadne.

Dyrektor Departamentu Prawnego MZ Anna Miszczak:

Wysoka Komisjo, weryfikacja uprawnienia następuje w momencie wystawiania recepty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i innych osób uprawnionych… Weryfikacja tego uprawnienia, czyli określenie wieku, następuje w momencie wystawiania recepty.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani doktor, która niejednokrotnie zadawała mi setki bardzo trudnych pytań, zapytała, kiedy pacjent skończył 75 lat. Czy w dniu urodzin, czy dzień po? Czy to jest gdzieś napisane, pani dyrektor, czy tak…

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Panie ministrze, ja nie wiem, jak pan liczy swój wiek, ale ukończone 75 lat ma się wtedy, kiedy upływa 75 lat od chwili urodzenia. Tak to się liczy. A to – z tego, co mi wiadomo – zdarza się, jeśli zapomnimy godziny, w dniu urodzin.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Powiem szczerze…

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Przepraszam za wtrącanie się w nie swoje kompetencje. Pewnie jest jakaś ogólna zasada, która mówi o tym, kiedy, na przykład, można człowiekowi sprzedać alkohol albo od jakiego wieku można zostać posłem, senatorem, prezydentem itd. Myślę, że tutaj trzeba stosować analogiczne przepisy. Jednak, jeśli to budzi jakąś wątpliwość, postaramy się to wyjaśnić także na piśmie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam bardzo. Nie wiem, jak pan liczy swój czas i swoje urodziny, ale moje urodziny z reguły urządzał mi tutaj przewodniczący Piecha, dokładnie w tej sali. W tym czterdzieste…

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Jeszcze raz powtarzam. Odniesiemy się do tego, jeśli trzeba, na piśmie, ale myślę, że to jest jakaś ogólna zasada, która daleko wychodzi poza tę ustawę.

I ostatnie pytanie, panie przewodniczący, od pana Malinowskiego, w sprawie farmaceutów, którzy mogliby wystawiać takie recepty. Odpowiedź jest taka – nie ma takiego planu. Analogicznie, jak w przypadku innych osób, poza lekarzem lub pielęgniarką POZ, nie chcemy tego przyznawać innym osobom ze względów, o których już mówiłem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Na tym zamykam pierwsze czytanie ustawy. Przed nami następny krok. Prezydium proponuje, żebyśmy powołali podkomisję, najmniejszą z możliwych – 9-osobową, w której wedle parytetu Prawo i Sprawiedliwość posiada pięć miejsc, Platforma Obywatelska dwa miejsca, Kukiz15 jedno miejsce, Nowoczesna jedno miejsce.

Czy ktoś z państwa zgłasza sprzeciw do takiego rozwiązania, żebyśmy powołali podkomisję? Sprzeciwu nie słyszę, czyli decyzja jest podjęta.

Czy ktoś z państwa zgłasza sprzeciw odnośne do tego, żeby to była podkomisja 9-osobowa? Sprzeciwu nie słyszę. Proszę o zgłaszanie kandydatów do podkomisji. Podkomisja będzie 9-osobowa.

Ja z ramienia Platformy Obywatelskiej zgłaszam do podkomisji do spraw ustawy 75+ pana posła Michała Szczerbę z Komisji Polityki Senioralnej i pana Marka Hoka, którego dzisiaj nie ma, ale upoważnił mnie do złożenia takiej deklaracji. Pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie przewodniczący, w imieniu Prawa i Sprawiedliwości zgłaszam do podkomisji panią poseł Kopcińską, pana posła Zawiślaka, panią poseł Czech, panią poseł Kaczorowską… Przepraszam, jest zmiana. Zamiast pani poseł Czech, pan poseł Sośnierz. I ja. Wszystkie osoby wyraziły zgodę, również te nieobecne w tym momencie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Kukiz15.

Poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Ja, w zasadzie w imieniu swoim, zgłaszam siebie – przewodnicząca Komisji.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

OK. Jasne. Nowoczesna.

Poseł Marek Ruciński (N):

Z ramienia Nowoczesnej, pani poseł Joanna Augustynowska.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy są inne kandydatury do podkomisji? Zgłoszone kandydatury zapewniają 9 osób.

Czy ktoś zgłasza sprzeciw do tego, aby podkomisja pracowała w takim składzie? OK., skład podkomisji został przyjęty. Proszę podkomisję o zebranie się w celu jej ukonstytuowania. Ja poprowadzę pierwsze spotkanie podkomisji, wybierzemy przewodniczącego i podkomisja zacznie prace.

Na tym zamykam posiedzenie Komisji. Bardzo dziękuję.